

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LA PARALYSIE RÉCURRENTIELLE
ET ABDUCTRICE DU LARYNX. — DIAGNOSTIC
ET TRAITEMENT (1).

Par **W.-E. CASSELBERRY**,

M. D., Professeur Émérite de laryngologie et de rhinologie
à Northwest in University Medical school;
Laryngologiste des St. Luke's et Wesley Hospitals, etc. (Chicago).

La paralysie unilatérale complète du nerf récurrent détermine la fixation de la corde vocale en position cadavérique; son diagnostic par la voix fêlée, légèrement rauque, est beaucoup plus suggestif que caractéristique. Mais c'est généralement ce seul petit symptôme d'un état, au contraire, grave qui amène tout d'abord le malade à consulter. C'est le signal d'alarme de la nature plein de signification pour qui en connaît la valeur. C'est également vrai pour le stridor partiel, qui annonce quelquefois la paralysie unilatérale de l'abduction; le muscle dilatateur seul est faible, la corde étant alors maintenue en une position dans laquelle elle obture la moitié de la lumière du larynx. L'un et l'autre symptôme exigent l'envoi rapide à un laryngologiste. Mais, quoique il arrive souvent que les malades se présentent souvent pour la première fois pour un rhume ou toute autre cause d'aggravation, il ne faut pas se laisser égarer et rechercher de suite, à la cause et à la signification de la paralysie vocale, ce qui constitue les éléments

(1) Communication à l'*American Laryngological Association*, 11 mai 1908. Traduction par L. BALDENVECK.

capitaux du diagnostic : l'examen de la poitrine, du cou, du système nerveux central.

Il faut bien avoir présent à l'esprit le trajet tortueux et la composition complexe des nerfs récurrents. Se détachant du pneumogastrique, le nerf récurrent gauche décrit une courbe autour de la crosse de l'aorte, *entre celle-ci et la bronche gauche*, et remonte vers le larynx ; tandis que le droit passe sous l'artère sous-clavière, tous les deux sont sujets à la compression par un anévrysme, par les tumeurs cervicales et médiastinales ; le droit, par les affections du sommet du poumon et de la plèvre, qui est croisée par le nerf.

La similitude de deux mots « abduction et adduction » prédispose malheureusement aux erreurs typographiques. Un effort mental est nécessaire pour éviter la confusion. Mais, appliqués aux mouvements des cordes vocales, ils sont plus significatifs que n'importe quel autre terme. Les deux muscles opposés qui font aller et venir les cordes vocales, l'adducteur pour la phonation et l'abducteur pour la respiration, sont innervés par des fibres différentes qui suivent simplement le même tronc récurrentiel. Chaque groupe de fibres seul ou tous les deux en même temps peuvent être paralysés. La loi de Semon a trait au fait que les fibres et les muscles abducteurs sont les plus vulnérables des deux. Ils cèdent les premiers à une compression égale des troncs. En conséquence, toute paralysie complète des cordes par compression doit avoir passé par un stade préliminaire même bref de paralysie abductrice seule.

GROUPE DES ANÉVRYSMES.

La figure 1 représente une image typique d'une paralysie complète unilatérale du récurrent. Elle servira de repère pour décrire les différentes variétés diagnostiques.

Elle représente le larynx d'un marchand, d'âge moyen, dont la voix défailloit, dit-il tout d'un coup, un jour qu'il vendit des marchandises. « Non seulement la corde vocale gauche repose, immobile, en position cadavérique, mais elle est relâchée, a tendance à être convexe en dehors. Son aryténoïde, qui *n'est pas tuméfié*, « s'est écroulé, » c'est-à-dire s'est affaissé

en avant, raccourcit la corde vocale et lui permet de tomber dans un plan légèrement inférieur du côté opposé.

Pendant la phonation, l'aryténoïde peut se contracter, mais il ne peut se redresser, ou il ne communique qu'un simple tremblement à la corde. Pendant ce temps, l'aryténoïde et la corde vocale opposés, par un effet de compensation, dépassent la ligne médiane, l'aryténoïde sain croisant légèrement en avant et si possible en arrière de l'aryténoïde paralysé, et la corde vocale saine venant presque, mais pas tout à fait, au-dessus de la corde paralysée. Ce ne sont pas là des détails

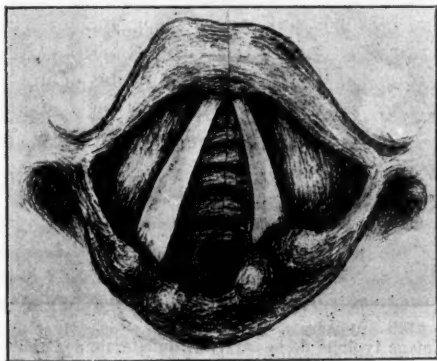


Fig. 1. — Image typique de la paralysie complète du nerf récurrent gauche. La corde vocale, en position cadavérique, apparaît relâchée, rétrécie, raccourcie et déprimée; l'aryténoïde, « effondré », n'est pas tuméfié.

inutiles, car leur présence collective, plutôt que la position cadavérique de la corde, assure du fait d'une paralysie récurrentielle complète. — Dans le cas particulier, sa cause était évidente. Il y avait de la douleur rétro-sternale et de la différence entre les deux pouls radiaux. Mais il n'y avait pas d'autre symptôme; sauf qu'à la radioscopie on voyait un petit anévrysme pulsatile de la crosse de l'aorte. Cinq mois plus tard, étant dans la rue, ce malade tomba mort, un jet de sang

à la bouche; l'anévrysme s'était rompu, probablement dans la bronche gauche.

La durée de la vie dans un anévrysme est rarement, cependant, aussi brève. En prenant comme point de départ la première période de la paralysie vocale, elle a souvent dépassé la durée de mon observation : dans un cas dix ans, dans un autre cinq, et d'autres sont encore vivants depuis deux, trois et quatre

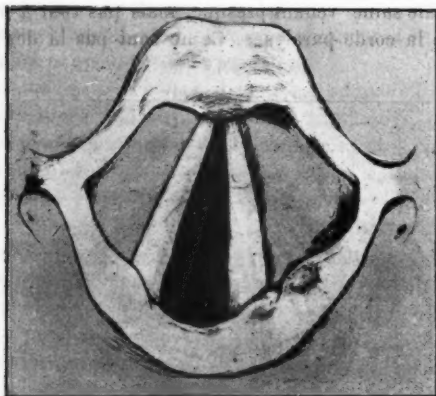


Fig. 2. — Image typique de la paralysie unilatérale de l'abduction. La corde vocale est en position médiane, ou position de fermeture. L'aryténoïde est légèrement « effondré ». La corde n'est que peu déprimée et raccourcie.

ans et demi. La durée apparemment longue du cas ci-dessus, le malade étant toujours actif, s'explique par le fait qu'il date de la période la plus précoce possible dans le développement d'un anévrysme qui fut mis en évidence par une paralysie abductrice unilatérale; celle-ci fut le premier effet définitif de la paralysie du récurrent. Un croquis du larynx fait à cette époque (fig. 2) représente une image typique de la paralysie abductrice unilatérale. Elle est destinée à montrer non seulement la corde vocale immobile sur la ligne médiane, mais aussi que l'aryténoïde ne s'est pas encore « écroulé » : aussi la

corde est-elle peu déprimée ou raccourcie et est-elle très peu relâchée.

La paralysie limitée à l'abduction n'est pas la seule interprétation que l'on puisse donner à la position médiane d'une corde vocale. En effet, l'une des plus décevantes variations de l'image typique d'une paralysie récurrentielle complète est la fixation de la corde, non pas exactement sur, mais tout près de la ligne médiane, au lieu de l'habituelle position cadavérique. L'une et l'autre forme de paralysie peuvent suggérer l'idée d'un anévrysme. Mais la paralysie des fibres abductrices seules indique une période plus précoce et un développement plus limité de l'anévrysme; on peut alors espérer une évolution plus longue et un « arrêt », si même une régression n'est pas possible. Aussi, tout en confirmant l'observation et le dessin faits de ce cas, j'ajouterai comme note additionnelle que « la corde vocale n'était pas très relâchée et que l'aryténoïde, quoique placé un peu en avant, n'est pas écroulé ». C'est là un ensemble de conditions que j'interprète comme indiquant un degré incomplet de paralysie récurrentielle qui, joint avec la position médiane de la corde, ne peut être qu'une paralysie de l'abduction. J'ai trouvé sa radiographie un peu brouillée par les effets du temps; mais elle montre distinctement la crosse de l'aorte comme une ombre élargie qui s'élève au-dessus de la limite normale de la quatrième côte avec une saillie à gauche (droite?) correspondant à la seconde côte et une autre plus petite à droite (gauche), répondant au quatrième espace intercostal. La radioscopie faite à cette époque par le Dr John Kales et par moi-même fut enregistrée comme montrant « une saillie distincte, quoique petite, de la portion descendante de la crosse de l'aorte ».

Depuis, pendant que j'écrivais la description ci-dessus, avec ses déductions concernant la durée d'un anévrysme aortique depuis quatre ans et demi, ce malade, connu pour être resté vigoureux assez longtemps pour suggérer des doutes sur le diagnostic, est revenu. J'ai été ainsi capable de compléter son observation. Comme autrefois, il ne s'aperçoit de sa paralysie laryngée que quand il a un « rhume ». L'anévrysme lui-même ne cause toujours pas d'autres troubles que ceux liés à

la paralysie laryngée. Le nouvel examen confirme toutes les constatations primitives, naturellement avec une augmentation. La corde vocale gauche est allée de la paralysie abductrice typique ou première position partiellement et non totalement à celle d'une paralysie récurrentielle complète. C'est maintenant un exemple d'une image typique de la forme de paralysie récurrentielle décrite comme une fixation de la corde non pas exactement sur la ligne médiane, mais tout près d'elle, au lieu de la position cadavérique habituelle ». On entend maintenant dans le dos, à gauche, au-dessus de l'angle de l'omoplate, un souffle accusé, signe physique important venant immédiatement après la paralysie vocale. Comme il faut aussi s'y attendre avec une compression bronchique, la résonance vocale et les vibrations sont diminuées au même endroit. Il y a un bruit anévrysmal largement transmis, et l'impulsion sous-claviculaire droite est plus accusée que normalement. La radioscopie et la radiographie montrent à la fois un anévrysme sacciforme nettement limité et une dilatation diffuse du reste de la crosse aortique.

Il suffit, d'ailleurs, d'une légère expansion de l'aorte, en un point donné, pour déterminer une compression du nerf récurrent gauche. Aussi, à une période relativement précoce, voit-on une paralysie récurrentielle même complète, alors que l'on cherche peut-être en vain quelque autre signe classique d'un anévrysme, qui, cependant, peut être si petit que même la radiographie peut laisser un doute à son égard. Dans un cas, il n'y avait ni bruit, ni thrill, ni tirage trachéal, ni expansion. Mais il y avait une paralysie de la corde vocale gauche ; il y avait aussi un signe physique très accessoire : une respiration bronchique exagérée transmise dans le dos. Ce symptôme survenant de bonne heure, en même temps qu'une paralysie vocale, doit avoir une valeur diagnostique spéciale pour le laryngologiste ; il indique qu'un anévrysme qui comprime le nerf va dès sa prochaine étape comprimer la bronche gauche. Une diminution appréciable de l'expansion vésiculaire ne survient que plus tard,

Nous avons fait remarquer que dans la figure typique de la paralysie complète l'aryténoïde « écroulé » n'est pas tuméfié.

Mais exceptionnellement, et s'écartant de la figure typique, on peut trouver une tuméfaction coexistante de l'aryténoïde. Elle est susceptible de déguiser l'aspect de la paralysie et de simuler une ankylose crico-aryténoïdienne avec fixation de la corde. La figure 3 représente cette modalité importante. Quand nous vîmes le cas pour la première fois, la corde droite était immobile, mais dans une position douteuse; l'aryténoïde et le tissu sous-glottique étaient tuméfiés, et la corde gauche aussi

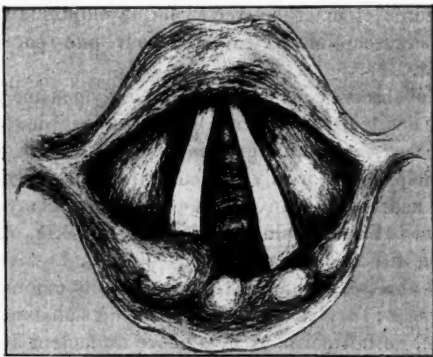


Fig. 3. — Une déviation du type de la paralysie du récurrent. L'aryténoïde est tuméfié.

avait des mouvements paresseux. Ce ne fut qu'après quelques semaines d'un traitement local détersif que la position cadavérique de la corde droite put être déterminée d'une façon précise, cependant que la corde gauche avait pris définitivement la première position de la paralysie abductrice, ce qui, joint aux autres lésions, suffisait à causer le stridor respiratoire alarmant pendant l'effort, ou au cours d'un « rhume ». L'anévrysme était maintenant évident par d'autres signes, et son existence fut plus tard vérifiée par le Dr Krause, pour qui l'interprétation de la tuméfaction de l'aryténoïde est un peu obscure; mais elle peut être causée par un prolapsus du cartilage. « Hooper a aussi attiré notre attention sur

certaines faisceaux musculaires anormaux (1), recevant leur innervation d'une autre source et qui, paralysés avec le récurrent, contribuent à faire basculer l'aryténoïde en avant. » La possibilité d'une dislocation partielle de l'aryténoïde allant jusqu'au prolapsus au lieu d'un affaissement simple est un point remarquable du diagnostic, dont on devra se rappeler surtout pour différencier la paralysie de l'ankylose, diagnostic qui est rendu par là des plus difficiles.

La forme inflammatoire de la paralysie bilatérale des tenseurs interne et externe, avec sa forme elliptique familière, n'est pas susceptible d'être prise pour une paralysie du récurrent.

Mais j'ai observé deux fois chez des clergymen une paralysie unitérale des tenseurs externes et internes provoquée par des efforts vocaux, mais à un degré si intense qu'elle simulait et peut-être participait de la paralysie récurrentielle. En attribuant ici une base neuro-musculaire plutôt que strictement myopatique, on obtient la limite la plus approchée de ma série, offrant une altération directe des terminaisons du nerf. Le niveau de la corde est abaissé, l'étendue des mouvements amoindrie dans les deux sens : l'aryténoïde a une tendance à s'affaisser. Mais le diagnostic se fait par la prédominance du facteur de relâchement de tension, par l'absence d'intoxication saturnine alcoolique ou quelconque, par l'absence de toute cause de compression. Enfin la guérison survint par le repos de la voix.

Sur un total de 50 cas sur lesquels cette étude est basée, le nerf récurrent gauche était paralysé huit fois et le droit six fois; dans les deux chiffres sont compris les cas où la corde opposée était également atteinte, quoique à un degré moindre. En ce qui concerne le traitement, il fut institué seulement dans un petit nombre de cas, moins d'ailleurs pour la paralysie elle-même que pour aider au renforcement de la voix ou pour diminuer le stridor et surveiller les complications inflammatoires. On recommanda dans tous la modération dans l'usage de la voix; bientôt il y eut une amélioration notable, et souvent la voix était suffisamment bonne pour permettre la conversation.

(1) Muscles thyro-aryténoïdiens supérieurs : FRANKLIN H. HOOPER, *Trans. Am. Laryng. Soc.*, 1886, p. 25

Le pronostic de l'anévrysme n'est pas absolument mauvais, en général, et, s'il est découvert à une période précoce, il est meilleur. L'artérite syphilitique, entre autres exemples, cède, dans ces localisations cérébrales ; pourquoi n'en serait-il pas dans les premiers stades de l'artérite aortique ?

GROUPE DES PLEURÉSIES.

Quatre nouveaux cas de paralysie de la corde droite constituent le groupe des pleurésies. Toutes étaient tuberculeuses, et aucune autre cause ne pouvait entrer en ligne de compte qu'une pleurésie circonscrite. Dans l'un d'entre eux, qu'elle qu'ait pu être la cause exacte d'une paralysie récente, unilatérale et complète, d'aspect typique, on obtint progressivement une restitution complète des fonctions de la corde par la cure d'air pur et le repos institués pour la tuberculose commandante. Nos moyens pour affirmer un diagnostic, dans cette catégorie, sont jusqu'à présent peu nombreux. Les rayons X peuvent être de quelque utilité pour exclure ou établir la présence de ganglions médiastinaux du côté gauche, ce qui, chez les sujets tuberculeux, constitue une cause possible de compression récurrentielle ; mais, du côté droit, on trouvera rarement, malgré une palpation profonde, des ganglions aussi limités. Dans un cas analogue, cependant, et qui d'ailleurs guérit, on fit une radiographie qui ne montra rien d'anormal. La réaction à la tuberculine était positive.

GROUPE DES TUMEURS.

Une autre figure atypique de paralysie complète est représentée par la figure 4.

Ici, la bande ventriculaire est hypertrophiée et couvre presque la corde paralysée ; graduellement, la fausse corde s'est développée, à titre de compensation ; elle vibre avec la corde saine et produit une voix claire. Elle est prise dans ma série de 8 cas, dans lesquels une tumeur était en cause. Contrairement à ce qui se passe dans les paralysies anévrysmales, dans tous

les cas sauf deux, l'incapacité vocale apparut graduellement et tardivement. Dans le cas figuré, on avait extirpé au niveau de la paroi thoracique une tumeur maligne primitive, trois ans auparavant. Ce fait paraissait au malade si peu en rapport avec les troubles vocaux que, quand je l'interrogeai au sujet de sa cicatrice, il m'en cacha la cause et dit qu'il avait été blessé par un obus pendant la guerre. Un incident cruellement comique servit, dans l'intérêt de la science, à compléter l'histoire de ce

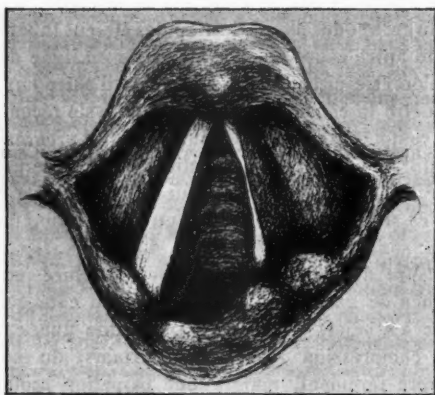


Fig. 4. — Déviation du type de la paralysie du récurrent. La bande ventriculaire est augmenté de volume.

cas : l'autopsie ayant été faite en mon absence, sa veuve, qui désapprouvait son mensonge, vint me trouver un jour et, déposant dramatiquement un grand paquet sur ma table, s'écria triomphalement : « Voilà ce qu'il avait ! » C'était une tumeur sarcomateuse du médiastin.

Dans ce groupe aussi, je trouve une autre observation qui, tardivement dans le cours d'un carcinome de l'œsophage, détermina en moins de quinze jours une toux irritante et de la faiblesse de la voix ; la corde gauche fut trouvée immobilisée. Tout près, mais non exactement, de la ligne de la paralysie de l'abduction, l'aryténoïde n'était pas « effondré ».

Évidemment la paralysie était progressive, et il persistait un reliquat d'innervation.

L'œsophagoscopie a été utile, quoique habituellement, quand une paralysie vocale survient au cours d'un cancer de l'œsophage, le diagnostic est évident. Je fus une fois égaré temporairement en ce qui concerne l'état laryngé par un aspect qui suggérait l'idée d'une paralysie vocale au début, au cours d'un néoplasme de l'œsophage. Il y avait des vomissements après les repas que le patient appelait « une masse de phlegme » ; c'était en réalité un mélange de mucus et d'aliments qui irritait les aryténoïdes, affaiblissait la voix et obscurcissait l'image. Les rayons X firent découvrir une saillie et montrèrent la sonde arrêtée à ce niveau. L'œsophagoscope, introduit sous anesthésie générale, fut arrêté au même point. Là la muqueuse était nettement mamillaire et facilement saignante ; mais il me fut impossible d'en interpréter exactement la nature. Dans ce cas particulier, qui se montra n'être pas un cas de paralysie, on institua un traitement palliatif, qui consista en ceci : après chaque repas, on fit prendre la position couchée au patient, de sorte que l'influence du poids des aliments dégageait la poche. Ainsi survint un soulagement satisfaisant des symptômes, qui depuis deux ans étaient tout à fait douloureux. Néanmoins l'obstruction œsophagienne, en raison de sa nature, persiste toujours dans le *statu quo*, vu les apparences de néoplasme, la coïncidence intéressante à cause du diagnostic avec l'anévrisme. On le fit parce que, au radioscope, il n'y avait pas de pulsations et parce que c'était en rapport avec l'opinion qui veut que la paralysie vocale, contrairement à l'anévrisme, n'est pas un symptôme précoce de néoplasme de l'œsophage, à moins qu'il ne soit haut situé.

Dans la « corde paresseuse », nous reconnaissons un symptôme de carcinome du larynx. Mais je crois qu'il est peu connu que l'immobilité totale d'une corde en position cadavérique peut être la première manifestation visible d'un cancer du larynx. Grâce à une surprise de cette sorte à l'autopsie, il n'est pas possible de confirmer l'observation de Semon, qui dit : « Einmal habe ich eine bösartige Kehkopfneubildung in

Form der Unbeweglichkeit einer Stimmlippe in Cadaverstellung beginnen sehen (1). »

Une autre exception au développement tardif habituel aux tumeurs fut observée par moi dans un cancer haut situé de l'œsophage. Les deux cordes étaient atteintes, la gauche en position cadavérique, la droite en paralysie abductrice. A ce moment la mort était proche ; mais l'aphonie en avait été le premier symptôme deux ans auparavant. La raison de ce fait tient à ce que les nerfs récurrents sont en haut si intimement liés à l'œsophage que non seulement un seul mais les deux nerfs sont susceptibles d'être comprimés ou envahis par un carcinome même à son début.

Je n'ai eu qu'un cas de goitre ayant déterminé une paralysie complète de la corde vocale. C'était une petite tumeur dure du lobe gauche, qui fut traitée par l'ablation chirurgicale ; mais le nerf était atrophié. Dans le goitre, quand la voix commence à faiblir, les cordes doivent être examinées avec le plus grand soin ; car la première évidence d'une paralysie sera un encouragement de plus à l'intervention chirurgicale. Il en est également de même pour les autres tumeurs cervicales et les ganglions. La valeur de cette affirmation fut brillamment confirmée dans un de nos cas où un rétablissement complet de la voix suivit l'ablation de trois ganglions tuberculeux ; il s'agissait d'un maître d'école dont la corde vocale gauche était auparavant immobilisée en position cadavérique.

La grande variété des états capables de déterminer la paralysie du récurrent est encore démontrée par une erreur de diagnostic dont je ne me rendis compte seulement lorsque je je fis revenir mes malades pour la rédaction de cet article. L'image de la paralysie complète de la corde gauche était typique et sans la moindre tuméfaction dans le larynx. Il y avait une tuméfaction dans le cou à côté de la glande thyroïde, qui avait été naturellement prise pour un goitre, le sujet étant une jeune fille de 18 ans. Le goitre fut considéré comme la cause de la paralysie et son ablation chirurgicale proposée mais non acceptée. Des signes de tuberculose au sommet droit

(1) F. SEMON, *Heymann's Handbuch*, p. 744.

parurent expliquer son apparence anémique ou cachectique. Le goitre supposé se montra être une tumeur maligne qui se termina à la manière habituelle, un an après.

GROUPE DES PARALYSIES ABDUCTRICES D'ORIGINE CENTRO-BULBAIRE.

Comme les autres muscles respiratoires, les abducteurs des cordes vocales (dilatateurs) sont mis en mouvement par une action réflexe; ils ont leurs principaux centres dans la moelle allongée (bulbe), si près l'un de l'autre que naturellement la paralysie double symétrique de l'abduction prédomine dans ce groupe. Le simple fait de la symétrie dans une paralysie persistante de l'abduction indique une lésion bulbaire. Quand elle n'est pas compliquée, l'aspect au miroir est pathognomonique. Les cordes flaxides, ne se séparant point, présentent leurs bords flottant en haut et en bas comme une voile sous le vent : l'aspect est caractéristique. La question de la possibilité d'un spasme intense des muscles adducteurs opposés n'eut pas besoin d'être prise en considération dans aucun de mes cas, quoiqu'il puisse survenir, spécialement pour déterminer le stridor intermittent, que l'on rencontre au début de la paralysie abductrice et aussi dans le type unilatéral. Le diagnostic avec l'ankylose demande le même degré d'observation critique que dans la paralysie du nerf récurrent. En effet, l'immobilité paralytique est susceptible de conduire à une sorte de fausse ankylose, à une raideur des articulations; de plus, il y a au moins une forme d'arthrite aryénoïdienne, antérieurement décrite par moi sous le nom « d'arthrite déformante du larynx » (1), qui détermine une véritable ankylose symétrique sans beaucoup de tuméfaction.

Un traitement énergique mercuriel et ioduré est indiqué si la dégénération centrale est en rapport avec le tabes ou avec toute autre possibilité, même éloignée de syphilis, quoiqu'on trouve exceptionnellement rapportée une guérison réelle. Huit cas de paralysie de l'abducteur composent mon groupe bulbaire, quatre d'entre eux appartenant au type de la para-

(1) CASSELBERRY, *Trans. Am. Laryng. Soc.*, 1893, p. 18.

lysie double, symétrique. Malheureusement, dans tous ces quatre cas, des traitements variés ne purent empêcher la trachéotomie, qui, quoique étant loin d'être le remède idéal, reste jusqu'à présent le meilleur moyen de sauver la vie du malade. L'un d'entre eux porte depuis huit ans une sorte de canule sur laquelle s'adapte une soupape qui lui permet non seulement de respirer librement, mais de causer avec facilité. L'obstruction par paralysie abductrice est en effet seulement inspiratoire. La pression de l'air inspiré applique plus fortement les deux cordes l'une contre l'autre, tandis que la pression de l'air expiré les écarte légèrement. Aussi, par une utilisation habile et mesurée du courant expiratoire qui sert momentanément à fermer la soupape et à diriger l'air à travers la fente glottique, il peut articuler et accentuer d'une manière interrompue des phrases d'une longueur considérable. De même que ce malade, d'autres ont, quant à leur vie, dépendu, pendant plusieurs années, d'une simple canule qui pour la conversation nécessitait, par la méthode habituelle et visible, la fermeture par le doigt de l'ouverture trachéale. Ni les uns ni les autres ne voulurent, pour le risque de parler d'une manière embarrassée, admettre une tentative destinée à élargir la glotte de la petite quantité nécessaire pour obtenir une respiration ordinaire : c'est-à-dire soit l'excision d'une corde, soit la méthode proposée pour attaquer directement la cause de la position cadavérique, c'est-à-dire la section du nerf récurrent. Cette dernière méthode, à laquelle on pourrait peut-être joindre la mobilisation des articulations crico-aryténoïdiennes, sera peut-être trouvée un peu osée ; mais elle paraîtra digne d'être essayée, si l'on considère que le port prolongé d'un tube trachéal est par lui-même une menace pour la vie.

Aucun de ces malades ne souffrait de tabes ; mais deux présentaient une histoire de syphilis. Non seulement les dégénérescences parasyphilitiques, mais aussi les dégénérations de la vieillesse peuvent atteindre les centres susdits au niveau de la moelle allongée. C'était la seule lésion apparente, sans autre cause, chez une femme de soixante-quinze ans, chez qui un traitement émollient et l'administration de médicaments vasculaires suffirent, avec un contrôle soigneux, à différer

pour quelques mois la trachéotomie ultime. La même ligne de conduite, à laquelle on joignit le traitement antisypilitique, fut également couronnée de succès dans un autre cas de ce groupe, mais d'un type différent. Il s'agissait d'une paralysie de l'abduction partielle et asymétrique, où le stridor n'était sérieux que pendant les périodes de poussée aiguë dues à un « rhume ».

Ce qui nous reste du groupe bulbaire est représenté par ce complexe, qui, anatomiquement, est loin d'être clair, maintenant qu'on admet que le nerf spinal accessoire ne contribue pas à former le nerf récurrent. Dans ces cas, la paralysie de l'abduction était unilatérale et sans symptôme. Aussi fut-elle découverte accidentellement, comme les patients accusaient de la difficulté à avaler et à articuler, par suite de la paralysie des muscles du palais, du pharynx et de la langue; en même temps, dans un cas, il y avait de l'atrophie du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien. Un autre malade, atteint d'une artériosclérose généralisée sans syphilis, ne ressortait à aucun mode de traitement et succomba d'inanition. Un autre, syphilitique, bénéficia au contraire d'un traitement spécifique énergique au point de reprendre la faculté d'avaler les liquides sans reflux nasal et d'articuler d'une façon très distincte.

GROUPE CENTRO-CORTICAL.

Étant donnée l'action bilatérale sur le larynx qui résulte d'une excitation corticale unilatérale, on suppose que la paralysie d'une seule corde vocale par lésion de l'encéphale du côté opposé ne peut réellement pas se produire et que quelque erreur a dû se glisser dans les quelques cas qui en ont été rapportés (1). Delavan (2) rapporte avec des détails convainquants un cas antérieurement publié comme « cortical »; l'autopsie montra une affection bulbaire en rapport avec une lésion corticale. Mais probablement l'erreur provint d'avoir pris pour une « attaque » d'endartérite syphilitique une apoplexie hémorragique. La paralysie laryngée peut sans doute

(1) LEWIN, *Berlin. klin. Wochenshr.*, 1874, p. 10, cité par SEMON.

(2) DELAVAN, *Trans. Am. Laryng. Assoc.*, 1884, p. 82, et 1888, p. 95.

tenir à des lésions organiques corticales qui affectent les centres nerveux des deux côtés, ou interrompent les fibres nerveuses dans leur trajet des deux côtés comme dans les dégénérescences syphilitiques ou l'artériosclérose. Les six cas qui composent mon groupe centro-cortical ont été les uns de cette nature, les autres semblables au cas de Delavan. Dans trois d'entre eux, la paralysie vocale survint à la suite d'attaque d'apoplexie. Mais, comme il s'agissait d'hommes de moins de 50 ans, avec antécédents vénériens, il n'était pas moins sensé du temps de l'attaque (d'autant plus qu'ils guérissent dans une certaine mesure) de rapporter la cause non à une hémorragie unilatérale, mais à une artério-thrombose cérébrale syphilitique, laquelle est souvent bilatérale, quoique d'une façon inégale. Dans aucun d'eux, il n'y avait de figure typique de paralysie de l'un des groupes des muscles laryngés. Cependant, dans l'un d'eux, la corde vocale gauche était presque, mais non tout à fait immobilisée en position cadavérique. Dans les deux autres, la paralysie était bilatérale et incomplète, mais prédominait du côté des membres paralysés. Dans aucun de ces cas la paralysie laryngée n'était associée à une parésie des muscles pharyngés, ni à un défaut d'articulation, ni à de l'aphasie. L'un d'eux est resté en observation et a été traité pendant sept ans par le traitement spécifique et va maintenant bien.

Les trois autres cas de ce groupe sont représentés par des personnes quelque peu âgées et présentant, en général, des symptômes de dégénérescence cérébrale; la paralysie des cordes vocales n'était qu'en partie la cause de la difficulté de parler. Quoique l'enrouement et la faiblesse de la voix étaient ce dont se plaignaient particulièrement les malades, l'image laryngée n'était pas typique et représentait plutôt une parésie inégale des deux cordes qu'une paralysie complète de l'une d'elles. Le traitement local, dans ces trois cas, fut légèrement palliatif. Il consista en détergents et en émollients appliqués d'une façon simple, et ils furent loin d'être inutiles, puisqu'ils contribuèrent à diminuer les troubles de la voix : il représenta ainsi aux malades âgés la différence entre misère et contentement.

DOUBLE ABCÈS CÉRÉBRAL D'ORIGINE AURICULAIRE DIAGNOSTIQUÉ. — OPÉRATION ET GUÉRISON.

Par **BOURGUET**, ancien prosecteur, chef de clinique
à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le 23 juin 1908, un de nos excellents maîtres, M. le professeur Jeannel, nous prie de vouloir bien examiner un jeune homme couché au n° 4 de la salle Saint-Maurice et de lui faire connaître notre opinion, car le malade arrivait sans diagnostic précis.

Voici l'observation que nous avons recueillie :

Émile C..., employé de commerce, 16 ans, né à Varilles (Ariège), demeurant actuellement à Toulouse, rue des Teinturiers, né de parents bien portants, sans passé auriculaire. Un frère et deux sœurs jouissant d'une excellente santé.

Antécédents personnels. — A l'âge de 6 ans, albuminurie d'une durée d'un mois. Il y a environ deux ans que ODG ont commencé à suppurer (cause inconnue) sans que cette suppuration ait été précédée de douleurs. L'écoulement, sans être profus, offre une couleur jaunâtre et une odeur repoussante. Le 1^{er} mai, des douleurs de tête ont apparu du côté droit, douleurs violentes qui l'obligent à aller voir un spécialiste. Des lavages au formidol sont prescrits, et ces douleurs se calment momentanément, mais elles reprennent de plus belle le 18 mai ; elles sont alors accompagnées de nausées, de vertiges, avec chute du côté droit si l'entourage n'avait retenu le malade. Une nouvelle accalmie se manifeste jusqu'au mardi 16 juin. Ce jour-là, il est obligé de s'aliter, les maux de tête sont revenus. Le lendemain 17, le surlendemain 18 et le vendredi 19 surviennent des nausées, des vomissements faciles, verdâtres, non alimentaires, se répétant trois ou quatre fois dans la journée. Du 20 au 23 au soir, des douleurs de tête seulement, mais le 23 au soir (sept heures) deux vomissements ; dans la nuit qui a suivi, encore deux autres vomissements.

Constipation opiniâtre ; les douleurs de tête sont allées en pro-
ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXV, N° 5, 1909. 37

gressant depuis qu'il s'est alité; c'est une céphalée continue, sourde, profonde, plus violente la nuit, s'étendant à toute la moitié droite de la tête. Il a maigri énormément à tel point, nous dit le père qui assiste à notre interrogatoire, « que je le porte sur mes deux avant-bras quand nous voulons le changer de lit et qu'il ne me pèse pas plus qu'un enfant.

Examen du malade. — Teint subictérique, traits un peu tirés. L'intelligence est parfaite; la mémoire est si bien conservée qu'il relève certains oublis de son père dans le cours de l'interrogatoire. Aspect squelettique, les côtes saillantes bien visibles sous la peau, séparées les unes des autres par une dépression intercostale des plus nettes. Les apophyses épineuses pointent en arrière sous leur enveloppe cutanée. On peut en compter le nombre avec une grande précision.

Le malade est couché sur le dos, les jambes allongées; mais il peut tout aussi bien se mettre sur le côté; la position lui est indifférente.

Examen auriculaire. — Weber latéralisé à OD.

Rinne : ODG à égalité.

Montre : crânien ODG + ; aérien ODG 0^m,10.

Le tympan des deux oreilles présente une perforation du segment antérieur, de l'ostéite du manche du marteau et du pus baignant dans la caisse.

Examen oculaire. — Pas de nystagmus ni d'inégalité pupillaire. Réflexes à la lumière, à l'accommodation consensuels normaux, de même la musculature extrinsèque. Nous procédons à l'examen ophtalmoscopique à l'image renversée. Fond d'œil normal.

L'examen du nez et des cavités accessoires ne dénote rien de particulier.

La céphalée n'est nullement augmentée soit par la pression ou la percussion du frontal, du temporal, du pariétal ou de l'occipital correspondant; la région mastoïdienne ne présente ni rougeur ni œdème. La pression n'est pas plus douloureuse qu'ailleurs, sauf au niveau de la pointe.

Il n'y a jamais eu de frissons. La température est de 36°,3, 36°,7 et le pouls bat à 63. Il est régulier et bien frappé.

A droite comme à gauche, rien à signaler au point de vue de la motricité et de la sensibilité. Les réflexes rotulien, crémastérien, achilléen sont normaux. Ni raideur de la nuque, ni torticolis, ni Kernig.

Nous posons le diagnostic d'abcès du lobe temporal droit consécutif à une suppuration chronique de l'oreille du même côté.

Le lendemain 25 juin, nous faisons part à notre maître de notre diagnostic, et M. le professeur Jeannel, jugeant qu'une intervention est immédiatement nécessaire, nous confie le soin d'opérer le malade. Une ponction lombaire pratiquée reste infructueuse.

Opération. — Incision un peu en arrière du sillon auriculaire et épousant sa courbure ; rugination, écarteurs de Jansen, décollement de la face postérieure du conduit membraneux. Attaque de l'épine de Henle. Nous faisons un large évidement ; nous trouvons quelques fongosités dans l'antre et un peu d'ostéite de la pointe mastoïdienne. Le massif du facial est réséqué, la caisse est curetée ; nous ramenons l'enclume, dont la branche verticale est cariée. Nous examinons le toit de la caisse et de l'antre. Il nous paraît macroscopiquement sain. Nous le faisons sauter à l'aide de la pince de Jansen. L'os craque à chaque prise. Nous faisons sauter aussi le tegmen antro-tympani en dedans, jusqu'à la paroi labyrinthique, en avant jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire. De même, nous enlevons le prolongement postérieur de l'arcade zygomatique de façon à bien découvrir la dure-mère. Elle se présente sous un aspect bleuté. Nous ne constatons pas de pachyméningite externe. Cette membrane nous paraît saine. Désinfection soigneuse de toute la cavité à l'eau oxygénée. Incision de la dure-mère d'avant en arrière sur une longueur de 1^{cm},5 à 2 centimètres. La substance cérébrale vient bomber au niveau de l'incision. Abandonnant le premier bistouri, nous prenons un couteau de Græfe et nous ponctionnons la substance cérébrale suivant un plan parallèle au sinus pétreux supérieur, jusqu'à une profondeur de 2 centimètres. A ce moment nous apercevons quelques gouttes purulentes s'écouler le long de la lame du couteau. Sur cette lame qui nous sert de rail conducteur, nous introduisons dans la poche de l'abcès une pince hémostatique dont nous écartons les mors. Aussitôt un flot purulent, d'odeur infecte, analogue à du petit-lait, sort sous pression, remplit notre brèche opératoire et vient s'écouler sur la table d'opération. A trois reprises, on éponge et à trois reprises la tranchée opératoire est comblée par le pus venant en abondance de la cavité cérébrale.

Incision dure-mérienne perpendiculaire à la précédente pour avoir une voie d'accès plus large. Au moment où le couteau vient buter contre le bord inférieur du temporal, un vaisseau méningé intéressé donne abondamment. Impossible de le saisir, et nous nous voyons obligé de tasser de la gaze pour arrêter l'hémorragie. Pas de drain. Pansement.

Le soir à cinq heures nous revoyons le malade. Il est très heureux

de nous déclarer sa joie : « Vous m'avez sauvé, nous dit-il. Je ne souffre plus de la tête. Il me semble que je ne suis plus le même. » Il répond à toutes nos questions avec la même lucidité d'esprit qu'auparavant. T. 37°; P. 80.

Nous faisons transporter l'opéré dans la salle d'opération afin d'enlever la gaze et mettre un drain à sa place. La gaze enlevée, le même vaisseau donne encore beaucoup, et nous sommes astreint de bourrer à nouveau avec de la gaze.

26 *Juin*. — Neuf heures du matin : T. 37°,2 ; P. 84, un vomissement vers les sept heures.

Cinq heures soir : T. 37°; P. 84; un vomissement vers les trois heures de l'après-midi.

Le pansement est défait, la gaze retirée.

Plus d'écoulement sanguin. Nous inspectons la poche de l'abcès avec le long spéculum nasal de Killian grâce à la lumière électrique que nous projetons avec le miroir de Clar. L'inspection est un peu délicate et difficile. La poche est circonscrite par une sorte de membrane blanchâtre. Le tout est animé de battements artériels. Lavage de la cavité avec de l'eau tiède stérilisée; drain en caoutchouc de la grosseur du petit doigt, que nous enfonçons à une profondeur de 4 centimètres.

27 *Juin*. — Neuf heures matin : la nuit a été excellente. Les douleurs n'ont point reparu. T. 36°,4; P. 80.

Cinq heures soir : un vomissement a eu lieu à midi. T. 37°; P. 80. On défait le pansement. Le drain a été expulsé. Il est tout entier dans la cavité de l'évidement. Lavage de la poche de l'abcès avec de l'eau bouillie sans pression. Nouveau drain maintenu par un crin qui le traverse et noué autour de la tête.

29 *Juin*. — Neuf heures matin : T. 36°,4; P. 80.

Cinq heures soir : T. 37°; P. 80.

Un vomissement a eu lieu à midi après le repas. Le malade prend du café, du lait, potion de Todd. L'appétit ne vient pas. Il se nourrit avec une certaine répugnance. On défait le pansement, qui est imprégné de pus.

Le drain avait été encore expulsé. Le pourtour de l'incision dure-mérienne a un mauvais aspect. Apparence de sphacèle.

Le cerveau à travers cette incision fait hernie et cache la caisse. A travers les lèvres de l'incision, nous faisons pénétrer le spéculum de Killian; nous en écartons les valves, nous ne voyons pas de pus.

Lavage avec de l'eau oxygénée au tiers. Mèche de gaze sous la hernie cérébrale et drain en caoutchouc.

30 Juin. — Neuf heures du matin : T. 36°,6 ; P. 90. Respiration, 46.

Le pouls est très irrégulier. A certains moments, on perçoit au niveau de la radiale cinq à six pulsations, rapides, entrecoupées par une dizaine de normales. Constipation opiniâtre. Nous donnons un léger purgatif, qui est vomi.

Cinq heures soir : T. 37 ; P. 90.

Le pansement est souillé d'un pus jaune et fétide. Le drain a été chassé. La plaie cependant présente un bon aspect. Les battements du cerveau sont bien visibles. Nous inspectons la cavité cérébrale, qui est volumineuse. Un œuf de poule y tiendrait. Nous éprouvons une grande difficulté à l'explorer, les parois s'appliquant l'une contre l'autre dans la position couchée de notre malade. Nous ne trouvons aucun clapier. L'opéré a un facies plus tiré que les jours précédents. Pansement.

1^{er} Juillet. — Un vomissement à midi.

Soir : T. 37°,2 ; P. 80.

Le pansement est coloré en jaune et sali par le pus, qui présente la même odeur. En présence de l'état général qui décline et des vomissements qui se répétaient presque chaque jour, songeant à un autre abcès possible, nous faisons bouillir séance tenante un bistouri ténorome que nous enfonçons dans la substance cérébrale en avant de notre première incision et dirigé d'arrière en avant vers la cavité orbitaire. Immédiatement, un flot purulent s'échappe à travers notre incision, et nous dilatons avec une pince hémostatique. La quantité de pus est presque aussi grande que lors de la première ponction. Nettoyage avec de l'eau stérilisée, drain dans les deux cavités, que nous fixons par un lien circulaire autour de la tête.

2 Juillet. — Matin : le malade a bien dormi. T. 36°,6 ; pouls régulier à 80.

Cinq heures soir : les joues du malade commencent à se colorer. L'appétit est meilleur.

Le pansement est très peu imprégné. Les deux drains sont enlevés. Tout autour de l'ouverture de la première poche, des bourgeons cérébraux nous masquent la cavité. En les écartant avec une sonde cannelée, du pus s'échappe de la valeur d'une cuillerée à café. Avec de petits ciseaux à strabisme, nous excisons ces bourgeons, qui gênent notre vue. Nouveaux drains, et nous faisons une injection intraveineuse de 5 centimètres cubes d'électrargol.

10 Juillet. — T. 37° ; P. 110.

L'avant-veille et la veille, l'opéré s'étant levé, nous lui recom-

mandons de rester couché en présence de cette accélération pulsatile.

11 Juillet. — Le pouls est à 120. Le pansement, depuis le 3 juillet, n'est plus coloré par le pus. La cavité de l'abcès n'en contient pas. Nouvelle ponction cérébrale qui reste blanche. Une ponction lombaire pratiquée par notre ami Pujol, interne, dans le quatrième espace interépineux suivant la recommandation de notre collègue Baudet (1), donne un liquide clair, transparent. Le liquide sort un peu en « jet d'urine ». On en retire 3 centimètres cubes environ jusqu'à ce qu'il s'écoule goutte à goutte.

23 Juillet. — Le malade sort de l'Hôtel-Dieu, où il revient chaque soir se faire panser, car l'évidement n'est pas encore comblé. Le pouls reste toujours à 120. Le 2 août, le malade est entièrement guéri.

Le pus cérébral a été examiné par M. le professeur agrégé Rispal, qui a trouvé de nombreux microorganismes, principalement du streptocoque et du colibacille et, dans lesensemencements profonds sur gélatine, beaucoup d'anaérobies qui la font éclater.

Le liquide céphalo-rachidien contenait quelques lymphocytes, pas de polynucléaires.

Cette observation mérite que l'on s'arrête un instant. La symptomatologie de l'abcès cérébral est ce qu'il y a de plus déconcertant. Si on lit les classiques, surtout les Allemands, qui ont écrit sur cette question comme Körner (2), Politzer (3), Heine (4), et quelques thèses françaises comme celles de Wicard (5), de Fauvel (6), on y trouvera tous les signes que peut présenter un malade porteur d'une pareille lésion. Comme dit Lermoyez, tous ces symptômes sont bons pour faire briller un candidat qui aura à traiter « abcès du cerveau », mais, en pratique, le malade est loin de présenter une symptomatologie aussi complète. Deux, trois signes, surtout si

(1) GRIMOUD et BAUDET, Rachistovainisation. Notes anatomiques et cliniques (*Province médicale*, 6 juillet 1907).

(2) KÖRNER, Die otitischen Erkrankungen des Hirns, etc., 3^e édition, 1908, p. 58.

(3) POLITZER, Lehrbuch des Ohrenheilkunde, 5^e édition, 1908, p. 511.

(4) HEINE, Operatione auf Ohr, 3^e édition, 1906, p. 171.

(5) WICART, Abscès du lobe temporo-sphénoïdal (*Thèse de Paris*, 1906, p. 36).

(6) FAUVEL, Abscès cérébraux d'origine otique (*Thèse de Paris*, 1904, p. 20).

on a l'attention attirée de ce côté, seront suffisants pour faire porter un diagnostic exact, et malgré cela, parfois avec la certitude que l'on peut avoir de se trouver en présence d'une complication encéphalique, on aura beau répéter les ponctions à travers le tissu cérébral, les ponctions resteront blanches. Lorsque l'abcès siège du côté gauche, il est en général assez facile de porter un bon diagnostic; par suite de la compression des centres voisins, le malade présente une cérébration tout à fait spéciale. Il y a de l'aphasie, de la surdité et de la cécité verbale, de la jargonophilie, et encore ces symptômes ne se retrouvent pas toujours; ce sont des exceptions, mais elles existent, témoin une des intéressantes observations de Luc (1). Du côté droit, porter le diagnostic d'abcès cérébral est beaucoup plus délicat. Ici, point de centres de l'idéation, partant point de signes nets, caractéristiques, de la suppression de ces centres. Sur quoi se baser alors? Nous n'avons qu'à reprendre notre observation, et nous verrons que notre malade n'a pas échappé à deux phénomènes sur lesquels insistent d'une façon tout à fait spéciale Lermoyez et Sebileau.

Notre malade, avant d'entrer dans le service du professeur Jeannel, avait présenté déjà de la céphalée et des vomissements. La céphalée d'abord commença à se manifester le 1^{er} mai, localisée à un seul côté de la tête. Ces maux de tête disparaissent pour reparaitre à nouveau dix-sept jours après, c'est-à-dire le 18 mai; cette fois ils sont accompagnés de vertiges, de nausées. Puis tout cela cesse, et on peut croire à une amélioration, mais un mois après, alors que le malade espérait ne plus revoir paraître des douleurs aussi violentes, elles se manifestent une troisième fois avec beaucoup plus d'acuité; les vomissements, qui ne s'étaient pas encore montrés, vont de pair avec la céphalée, à tel point que le jeune C... est obligé de s'aliter. Et cette douleur hémicranienne ne présente aucun répit, nuit et jour; c'est un bandeau qui le serre et étire sa tête de plus en plus. Ainsi cette céphalée a procédé par sauts jusqu'au jour où elle s'est établie définitivement.

Les vomissements cérébraux sont loin d'être constants, et

(1) Luc, Abcès latent du lobe temporo-sphénoïdal gauche (*Revue de laryngol.*, t. II, 1903, p. 602).

nous avons eu un certain nombre d'observations où les malades n'avaient jamais présenté ce symptôme. Chez notre opéré, au contraire, même après l'évacuation du premier abcès, si la céphalée disparut, les vomissements continuèrent jusqu'au jour où, soupçonnant un second abcès, nous l'incisâmes comme le premier. Les maux de tête disparurent après l'ouverture de la première collection, tandis que les vomissements cessèrent de se montrer après avoir vidé seulement le second abcès.

Quant à la fièvre, nous n'en avons jamais constaté, pas plus le jour de son entrée qu'après l'intervention. Cependant, d'après M. Sorel, il aurait présenté tout à fait au début quelques accès fébriles. Voilà également un symptôme qui est loin d'être constant. En général, les malades présentent soit une température normale, soit de l'hypothermie, et nous croyons que les cas comme celui de Luc (1), où pendant quatre jours les oscillations thermiques oscillent entre 38° et 40°, faisant croire à une infection sinusienne, sont assez rares.

Le ralentissement du pouls est une chose fréquente. Il était chez notre malade à 65, et, dès que nous eûmes ponctionné le cerveau, il s'éleva immédiatement à 80; son absence toutefois ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'abcès cérébral.

On note souvent, dans les observations, que le malade était somnolent, abattu, répondant mal aux questions. Chez notre opéré, au contraire, l'intelligence était intacte, la mémoire bien conservée, se rappelant mieux que son père les petits détails sur lesquels je le faisais s'appesantir. En somme, point d'asthénie intellectuelle; par contre, nous avions une asthénie physique considérable. En l'espace de peu de temps, l'anorexie était devenue telle que nous avions affaire à un jeune homme réduit presque à l'état squelettique. L'amaigrissement, sur lequel a déjà insisté Lermoyez (2), sur lequel insiste Sebileau dans ses leçons, et Moure (3), est un signe d'une très grande valeur. Ce symptôme, joint à la céphalée, signe sur lequel ces mêmes auteurs ont également attiré l'attention, nous a

(1) LUC, *loc. cit.*

(2) LERMOYEZ, Abcès otogène du cerveau (*Annales*, t. I, 1903, p. 59).

(3) MOURE, Deux cas d'abcès du cerveau d'origine otique (*Revue de laryngol.*, mars 1908, p. 305).

fait porter un diagnostic ferme d'abcès cérébral compliquant un otite chronique, et c'est autour de ces deux symptômes cardinaux que gravitent tous les autres. Notre malade les a présentés au plus haut point.

Nous avons aussi, dans l'abcès cérébelleux, un amaigrissement considérable, des douleurs de tête violentes, mais en plus une symptomatologie tout à fait spéciale, sur laquelle nous n'avons pas à entrer et qui est très bien décrite par Neumann (1) et Bourgeois (2).

Notre observation est également intéressante au point de vue de la ligne que nous avons suivie quant à l'intervention. Une fois notre évidemment pratiqué, nous avons fait sauter le toit de l'antre et de la caisse, qui ne présentait pas macroscopiquement de lésions d'ostéite, ce qui n'est pas généralement la règle. Nous avons largement découvert la dure-mère, qui offrait un aspect normal, aucune trace de fongosités ou de collection extradurale si petite soit-elle. L'intégrité manifeste du plafond de l'antre et de la caisse semblait plaider en faveur d'une erreur de diagnostic. Je sais bien qu'en otologie on a érigé en règle de ne pas franchir d'un seul coup toutes les étapes; mais les lésions que nous avons rencontrées au cours de la radicale ne nous expliquant pas suffisamment les symptômes présentés par le malade, d'un côté convaincu que nous avions affaire à un abcès encéphalique et, d'un autre côté instruit par Lapointe (3), qui d'emblée, après avoir découvert la dure-mère, l'avait incisée et avait évacué par une ponction un abcès cérébelleux, et Sieur (4), qui perdit un malade d'un abcès du lobe tempéro-sphénoïdal, n'ayant pas voulu ponctionner le cerveau, la dure-mère paraissant intacte, nous avons franchi toutes les étapes; nous nous en sommes bien trouvé, car notre bistouri creva l'abcès qui aurait pu emporter notre malade subitement, comme dans le cas de Luc, auquel nous

(1) NEUMANN, *Der otitische Kleinhirnsabszess*, 1907, p. 43.

(2) HENRI BOURGEOIS, *Abscès otitique du cervelet* (*Thèse de Paris*, 1902, p. 31).

(3) LAPOINTE, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, Rapport de Legueu, 1907, p. 154.

(4) SIEUR, *Trois cas d'abcès du cerveau* (*Arch. intern. de laryng.*, t. XXIV, 1907, p. 19).

avons déjà fait allusion; de Sieur, de Schmiegelow (1) (obs. III). Nous savions d'ailleurs, d'après Luc, qu'une ponction cérébrale, après avoir bien désinfecté le foyer, n'était pas une chose grave pour le patient. Sieur a ponctionné à blanc deux de ses malades, les croyant atteints d'une suppuration de l'encéphale, et ces malades ne s'en sont pas mal trouvés. Sur un autre, il met à nu les méninges saines, ponctionne le cerveau et ouvre un abcès. Aussi croyons-nous, avec Luc et Sieur, que, toutes les fois qu'un otorrhéique présentera des phénomènes cérébraux, nous devons largement mettre à nu la dure-mère, inciser celle-ci même si elle paraît absolument saine et faire dans la substance cérébrale une ponction exploratrice. Nous risquons de la sorte de ne pas laisser évoluer un abcès qui peut enlever subitement le malade. C'est la règle que nous avons suivie, et nous sommes largement satisfait qu'un heureux résultat soit venu la couronner.

Faire le diagnostic et ouvrir la poche purulente n'est peut-être pas le plus difficile. Il faut drainer, il faut explorer attentivement cette poche pour qu'aucune rétention purulente ne se fasse dans son intérieur, et c'est là une tâche des plus ardues. Tous les auteurs qui ont une grande expérience en cette matière savent la difficulté que l'on éprouve à vouloir inspecter tous les recoins de cette cavité. Moure (2) ne croit pas que le succès opératoire soit dû à une question de drainage plus ou moins large, et cependant il nous semble que plus on drainera largement, moins de chances de rétention on pourra craindre. Comment d'abord explorer la poche encéphalique pour se rendre compte de son état, de ses dimensions et comment drainer? Pour explorer la cavité créée par l'abcès, faire d'abord non seulement un large évidement pour bien découvrir en haut la dure-mère, mais encore faire sauter le prolongement postérieur de l'arcade zygomatique et un peu la partie inférieure de l'os temporal correspondant; associer en somme la voie temporale et la voie mostoïdienne comme le recommande

(1) SCHMIEGELow, Contribution à la pathologie des abcès du cerveau (*Arch. de laryngol.*, mars-avril 1905, p. 337).

(2) MOURE, Deux cas d'abcès du cerveau opérés et guéris (*Revue de laryngol.*, 21 mars 1908, p. 344).

Lermoyez (1). La dure-mère est ainsi largement mise à nu. Mais voir l'intérieur de la poche purulente est une autre affaire. Nous nous sommes aidé du spéculum bivalve de Killian, qui nous sert pour la résection sous-muqueuse de la cloison nasale. Nous l'avons fait pénétrer à travers l'incision encéphalique, qui avait une longueur de près de 2 centimètres et, malgré l'écartement de ses branches auquel nous ne pouvions donner plus de 2 centimètres pour ne pas déchirer le tissu cérébral avoisinant et produire ainsi une nouvelle infection, nous ne pouvions avoir un jour entièrement satisfaisant pour explorer toute la cavité de l'abcès.

Malgré toutes les précautions que nous prenions pour nous rendre compte de l'état de cette poche, certains points nous échappaient. Notre incision était-elle trop bas placée ou le pavillon du spéculum pas assez évasé pour nous permettre une inspection plus soignée ? Nous l'ignorons. Dans tous les cas, il en résultait pour nous certains ennuis.

Et cependant l'ennui le plus grave était le drainage. Les premiers jours, le drain avait été expulsé, et nous le retrouvions dans la cavité de l'évidement. Puis, pour obvier à cet inconvénient, nous l'assujettîmes au moyen d'un crin qui le traversait et qui était noué autour de la tête du malade. Malgré cela, changeant le lendemain le pansement, nous constatons encore son élimination. Il en résultait une grave difficulté pour assurer l'écoulement purulent. Aussi, lorsque nous nous aperçûmes, le 10 juillet, que le pouls était à 110 et le lendemain à 120, nous nous primes un moment à désespérer ; nous nous demandions si le malade ne faisait pas de la rétention et si le ventricule latéral, de ce fait, ne commençait pas à faire de l'infection. Ce qui nous rassurait un peu, c'était la température, qui restait toujours aux environs de 37, et l'examen du liquide céphalo-rachidien qui ne nous montrait que de l'irritation méningée. Luc, qui a une si grande expérience en cette matière, a si bien compris cette difficulté du drainage qu'il a cherché à le modifier. Il nous fit part de cette idée au sujet d'un vaste abcès cérébral que nous lui vîmes opérer le 4 septembre 1908, opé-

(1) LERMOYEZ, *loc. cit.*

ration à laquelle assistait le professeur Sieur et notre ami Degandt (de Roubaix). Il ne la mit pas ce jour-là en pratique, car le malade était dans un état désespéré. Cette modification consiste « à faire une trépanation de l'écaille du temporal permettant une ouverture supérieure du lobe temporo-sphénoïdal et la mise en place d'un drain traversant tout le foyer et dont les deux bouts ressortiraient par les deux brèches (1) ». Plus tard, il a l'occasion de la mettre en pratique. Ce n'est pas une chose facile, car Luc (2) « s'apercevait le lendemain que le drain était en dehors du foyer encéphalique ».

Que le drain soit placé à la partie inférieure de l'abcès ou qu'il le traverse de haut en bas au moyen d'une contre-ouverture pratiquée dans le temporal, malgré la désinfection soigneuse que l'on pourra faire à travers ce drain, nous pensons qu'il peut persister tout autour du tube à drainage des clapiers par suite de la tendance qu'ont les parois encéphaliques de l'abcès à se réappliquer l'une contre l'autre.

Nous croyons qu'en toutes choses, en spécialité surtout, il faut bien voir les parties que l'on traite. Il nous est difficile, dans la technique opératoire que nous suivons, de vérifier, de nous rendre compte de cette cavité cérébrale, creusée par l'abcès, et la désinfection par conséquent en est défectueuse. Ayant vu nous-même sur notre jeune malade les difficultés que nous avons rencontrées à ce sujet, nous nous proposons à l'avenir de procéder d'une façon différente. Nous combinerons, suivant les conseils de Lermoyez, la voie mastoïdienne et la voie temporale. Nous ferons l'incision première dure-mérienne horizontalement à la partie la plus déclive, au niveau du plafond de l'antre et de la caisse; puis, une fois que la collection purulente sera bien vidée, nous remplirons la cavité de gaze; ensuite, du milieu de notre première incision, nous en ferons partir une seconde, verticale, intéressant à la fois la dure-mère et la substance cérébrale jusqu'à la poche, la gaze nous indiquant l'extension de la cavité et l'endroit où nous

(1) Luc, Abscès otique du lobe temporo-sphénoïdal (*Ann. des mal. de l'or.*, janv. 1908, p. 34).

(2) Luc, Abscès otique du lobe temporo-sphénoïdal (*Ann. des mal. de l'or.*, fév. 1908, p. 147).

devrons nous arrêter. Cela fait avec de petits écarteurs, nous éloignerons les lèvres de l'incision verticale ; à travers cette ouverture, nous retirerons la gaze, pour bien explorer toute la cavité. La partie inférieure du lobe temporo-sphénoïdal sera pour ainsi dire extériorisée, puisque nous aurons fait sauter la partie la plus basse de l'écaille du temporal qui la recouvrait et qui ne peut s'opposer désormais à ce que nous entr'ouvrions notre poche comme nous le ferions d'une orange. De la sorte, nous pourrons quotidiennement nous rendre compte de l'état de la cavité, la voir ; aucun clapier ne pourra se former et donner lieu par suite à de l'encéphalite plus profonde. Nous penserons chaque jour à la gaze. Nous laisserons combler peu à peu par bourgeonnement.

Il nous semble que cette conduite nous paraît plus rationnelle que celle qui consiste à mettre un drain et à laisser la nature faire le reste. Nous ne voyons que difficilement la poche purulente par le procédé ordinaire. Nous ne sommes pas maître du pus, puisqu'il échappe à nos regards. Nous ne pouvons faire des lavages qu'à l'endroit où le drain est placé, parce que les parties avoisinantes après l'évacuation de l'abcès se sont réappliquées les unes contre les autres en retenant du pus. Le lavage qui est fait sans pression n'a pas assez de force pour écarter ces parois, qui retiennent de la sécrétion purulente, et cette sécrétion retenue continue à infecter le tissu cérébral jusqu'à ce que le ventricule latéral soit atteint.

Tandis qu'en ouvrant largement, comme nous l'indiquons, nous ne courons pas ce risque. On a trop respecté jusqu'ici le parenchyme cérébral. On a cru qu'y toucher c'était la mort à bref délai. Il n'en est rien. Le cerveau est aussi endurant que les autres tissus, et nous ne voyons pas pourquoi on n'agirait pas pour un abcès du cerveau comme pour les abcès des autres régions. Ouvrir largement, tel est peut-être le critérium d'un meilleur pronostic. Nous avons pu nous rendre compte de la tolérance de l'encéphale. A plusieurs reprises, nous avons non seulement incisé des bourgeons cérébraux qui faisaient de la rétention, mais encore nous avons enlevé avec des ciseaux, tout autour de l'incision, des parties de substance cérébrale de la grosseur d'un petit pois pour avoir un accès plus facile

vers la poche, et notre malade ne s'en est nullement senti.

Il est probable que, si nous avions ouvert notre abcès comme nous nous proposons de le faire à l'avenir, le second abcès ne nous aurait pas passé inaperçu durant cinq jours, et voici pourquoi. Durant les quelques jours qui suivirent la première intervention, nous trouvions le pansement imprégné par le pus. Le pansement enlevé, l'exploration de la poche ne nous expliquait pas la quantité de sécrétion purulente qui venait imbiber aussi abondamment l'ouate du pansement. Nous trouvions dans cette cavité peu de sécrétion, malgré l'expulsion du drain et du rapprochement des parois de cette poche. Il fallait donc qu'il vienne de quelque part. Nous sommes convaincu que le second abcès communiquait avec le premier par un pertuis. Il se drainait par cet orifice dans la poche que nous avions déjà ouverte ; voilà pourquoi nos pansements étaient toujours imprégnés, et voilà pourquoi, après l'ouverture du second abcès, nous ne constatâmes plus semblable chose. Il est presque certain que, si nous avions opéré comme nous l'indiquons, nous aurions aperçu le premier jour cet orifice de communication, et les deux abcès auraient été ponctionnés en même temps.

Cette façon de procéder, disions-nous, est peut-être le critérium d'un meilleur pronostic. D'après Lermoyez (1) cependant, il ne serait pas aussi mauvais qu'on le croit, puisqu'on a 60 p. 100 de guérison par la voie mastoïdienne et 85 p. 100 par la voie temporale combinée. Laurens (2) parle dans le même sens. Nous pensons qu'il ne faut pas être aussi optimiste. Si l'on consulte les statistiques de certains auteurs qui ont eu à opérer un certain nombre d'abcès, nous voyons que la proportion pour 100 de guérisons n'est pas si considérable. Ainsi Körner (3), sur 5 abcès cérébraux, a eu 3 morts ; Dench (4), sur 10 abcès, 6 morts ; Schmiegelow (5), sur 14 abcès,

(1) LERMOYEZ, *loc. cit.*, p. 64.

(2) LAURENS, *Technique chirurgicale*, p. 309.

(3) KÖRNER, *loc. cit.*, p. 73.

(4) DENCH, Traitement des complications intracrâniennes des supurations de l'oreille moyenne (*Annales*, juin 1907, p. 509).

(5) SCHMIEGELOW, Contribution à la pathologie des abcès du cerveau (*Arch. int.*, mars et avril 1905, p. 352).

guérisons. En France, Moure accuse 11 morts sur 13; Luc, cité par Brunel (1), 8 morts sur 8. « Le petit nombre d'observations d'un seul auteur qui rapporte le sort de tous les abcès cérébraux traités par lui a une importance plus grande pour la question du pronostic qu'une statistique d'abcès cérébraux reposant sur des cas isolés venant de divers opérateurs », car les cas heureux sont généralement publiés et non les cas malheureux. Nous sommes assez loin, d'après ces derniers relevés, d'avoir 50 p. 100 de guérisons. De quoi dépend cette mortalité aussi grande? Sans doute de ce qu'il y a un défaut dans notre technique opératoire. Les succès deviennent de plus en plus nombreux au fur et à mesure que la technique se précise. Ainsi en a-t-il été pour la chirurgie du larynx. La mortalité opératoire pour cancer de cet organe était considérable; peu à peu des progrès se sont établis, et, à l'heure actuelle, les statistiques publiées de Semon, de Glück, montrent des résultats vraiment encourageants et qui dépassent de beaucoup ceux qui étaient obtenus il y a dix à quinze ans.

Dans la chirurgie cérébrale pour abcès, il y a certainement quelque chose de défectueux. Tous les opérateurs voient un inconvénient dans le drainage. Est-ce la véritable raison de la mortalité aussi considérable. Peut-être, et nous avons dit plus haut de quelle manière nous le comprenions. Il est une autre raison. C'est que le diagnostic est fait généralement trop tard. Avec un bon drainage et un précoce diagnostic, parviendrions-nous, il faut l'espérer, à avoir un pourcentage de guérison plus satisfaisant (2).

(1) BRUNEL, Abcès du cerveau d'origine otique (*Arch. int.*, mai et juin 1908, p. 793).

(2) L'opéré est revu le 11 novembre et présenté le même jour à la Société de médecine. Son état est excellent, et on ne constate aucun trouble de la cérébration.

III

RÉACTION DIAGNOSTIQUE DE LA TUBERCULINE SUR LA MUQUEUSE NASALE. — LA RHINO-RÉACTION.

Par **LAFITE-DUPONT** et **MOULINIER** (Bordeaux).

En 1890, le professeur Koch fit des essais de diagnostic de la tuberculose humaine par injection sous-cutanée de tuberculine. Les résultats nocifs de ce procédé le firent rejeter.

En mai, 1907, VON PIRQUET (de Vienne) communiquait à la *Société de médecine interne de Berlin* son procédé de cuti-réaction au moyen d'une solution de tuberculine.

En juin de la même année, WOLFF-EISSNER expérimentait les effets de la solution tuberculine sur la conjonctive d'animaux.

Le 17 juin 1907, CALMETTE (de Lille) communiquait à l'Académie des sciences son procédé d'ophtalmo-réaction, qui eut une vogue immense dès sa publication, quoique n'étant pas exempt de critiques. Son avantage consiste dans l'évidence même de la réaction; c'est la signature du diagnostic sur la conjonctive du malade; mais sa signification n'échappe plus aujourd'hui à celui-ci ou à son entourage, et cela peut-être un inconvénient. Il provoque des troubles oculaires plus ou moins persistants et quelquefois des accidents assez graves de la cornée.

Ces considérations nous ont amené à rechercher l'action de la tuberculine sur la muqueuse nasale, et nous avons obtenu, chez les tuberculeux, une réaction à caractères particuliers et constants qui se montrent sous la forme d'un exsudat, exsudat qui se dessèche et forme une croûte jaunâtre reposant sur une muqueuse congestionnée dont les globules rouges extravasés tachent la croûte de petits points hématiques.

L'expérimentation a porté sur 100 malades pris au hasard.

Seuls les tuberculeux avec des manifestations tuberculeuses variées ont réagi.

TECHNIQUE ET DESCRIPTION DU PROCÉDÉ.

La technique de la rhino-réaction est simple ; elle nécessite une instrumentation tout à fait sommaire : un miroir frontal, un *speculum nasi*, une pince coudée et un stylet. Mais, pour se trouver dans les mêmes conditions d'expérience, il est bon de considérer trois points :

La solution de tuberculine, la façon de l'appliquer, la réaction produite.

Nous avons utilisé la tuberculine sèche préparée par l'Institut Pasteur de Lille sous la direction et suivant la méthode du professeur Calmette, solubilisée dans 100 parties d'eau distillée à 1 p. 100. Un tampon de la grosseur d'une petite lentille est trempé dans cette solution. On peut mettre dans un demi-centimètre cube de la solution à 1 p. 100 huit de ces petits tampons. Étant donnée son homogénéité, on peut dire que chaque tampon représente 0,000625 de tuberculine sèche. Le tampon se colle de lui-même à la muqueuse nasale. Le malade, durant dix minutes, doit éviter de faire des efforts de respiration violents, de tousser et de se moucher. Ce temps de dix minutes est suffisant pour produire la réaction ; si on le prolonge, elle n'est ni plus vive ni plus précoce.

Nous avons fait l'application de la solution de tuberculine sur la muqueuse des cornets inférieurs et sur celle de la cloison. Celle-ci est préférable, car elle possède moins de glandes, et les sécrétions naturelles y sont moins abondantes.

La caractéristique de la rhino-réaction, c'est l'apparition d'un exsudat localisé au point d'application de la tuberculine sur la muqueuse nasale ; cet exsudat est précédé d'une congestion plus ou moins intense de la muqueuse, congestion qui dure autant que l'exsudat et souvent persiste quelque temps après lui. Cet exsudat d'abord humide se dessèche sous l'influence du courant d'air respiratoire et se transforme en une mince croûte légèrement jaunâtre.

On trouve souvent sur la croûte des petites taches

hématisques dues à l'extravasation des globules rouges. La croûte, adhérente à la muqueuse sur laquelle elle repose, détermine, si on la décolle avec le stylet, un léger suintement sanguin. Livrée à elle-même, la croûte se détache spontanément.

Cette réaction se manifeste, en moyenne, de dix-huit à quarante-huit heures après l'application de la solution de tuberculine; mais l'évolution complète de la réaction, c'est-à-dire le temps écoulé entre son apparition et sa disparition, varie de sept à huit jours et, dans quelques cas exceptionnels, se prolonge dix et même onze jours. A sa chute, qui se fait en général du quatrième au sixième jour, la croûte laisse au-dessous d'elle une muqueuse légèrement congestionnée. Si on l'enlève précocement, il se reproduit une croûte, celle-ci très hématisque et beaucoup plus longue à disparaître.

L'examen de l'exsudat, avant qu'il ne soit desséché, a révélé la présence d'un assez grand nombre de globules blancs à noyaux altérés, surtout des polynuclées et des hématis. La nature de l'exsudat et la prédominance de la polynucléose concordent avec les examens cytologiques faits dans les cas d'ophtalmo-réaction (1).

Sur 100 cas examinés, 10 malades ont reçu le tampon de tuberculine sur le cornet inférieur; 90 sur la cloison. De ces derniers, 17 étaient atteints de tuberculose pulmonaire, de pleurésie, 21 de tuberculose évoluant ou compliquant une affection antérieure; 11 de tuberculose chirurgicale et 20 atteints d'affection médicale ou chirurgicale non tuberculeuse. Enfin 10 observations ont été incomplètes.

Tous les malades atteints de tuberculose pulmonaire ont eu une réaction positive, même les tuberculeux cavitaires, bien que leur réaction n'ait pas toujours présenté l'intensité et la forme typiques. Les pleurétiques ont réagi dans la proportion de 3 sur 11. Les 3 malades qui n'ont pas eu de réaction étaient dans les conditions de déchéance où aucune réaction ne se produit, confirmant les données de l'ophtalmo-réaction: l'un était cachectique, l'autre syphilitique; le troisième,

(1) SABRAZÈS et LAFON, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 41, 11 oct. 1908.

sans tare bacillaire, était atteint d'une pleurésie séro-fibrineuse pure.

Sur 73 cas nettement tuberculeux, il y a eu 68 réactions positives ; parmi les 5 autres, 2 présentèrent seulement de la congestion de la muqueuse sans exsudat, et les trois autres se sont soustraits à l'examen ultérieur.

En résumé, ce procédé paraît aussi fidèle que l'ophtalmo-réaction et la cuti-réaction, mais il présente sur ces deux procédés l'avantage de pouvoir être fait à l'insu du malade et sur le premier celui d'être d'une innocuité absolue.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

LAFITE-DUPONT et MOULINIER. *Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, séance du 6 janv. 1908.

LAFITE-DUPONT et MOULINIER. *Réunion biologique de Bordeaux*, séance du 4 fév. 1908.

LAFITE-DUPONT et MOULINIER. *Soc. de méd. de Bordeaux*, séance du 21 fév. 1908.

J. MOULINIER. *Thèse de Bordeaux*, 23 déc. 1908.

IV

PATHOGÉNIE DES MASTOÏDITES AIGÜES SUPPURÉES.

DISCUSSION SUR LE RÔLE DE LA PARACENTÈSE.

Par **Jacques FOURNIÉ**,

Chef de service d'oto-laryngologie à l'hôpital Péan.

I

La pathogénie des mastoïdites aiguës suppurées peut se résumer en deux mots : des phénomènes d'ordre septique et trophique relevant de l'agent microbien et du terrain sur lequel il évolue ; des phénomènes de rétention relevant également de l'agent microbien et aussi de l'anatomie régionale.

L'agent septique, en dehors d'une prédilection particulière à faire de l'ostéite, peut provoquer, par l'intensité de sa virulence, une infiltration rapide, profonde et étendue de la muqueuse, suivie fatalement de la nécrose des tissus sous-jacents. Là est, je crois, la cause principale des mastoïdites aiguës. Qui ne connaît ces mastoïdites et, comme les appelle Luc, ces otites nécrisantes au cours des scarlatines et autres maladies infectieuses. Ne savons-nous pas surtout qu'il y a des variantes annuelles dans la fréquence des mastoïdites, des épidémies de grippe, riches de cette complication ? D'autre part, l'état général, certaines tares, le diabète en particulier, semblent devoir préparer d'extraordinaire façon pour la nécrose osseuse le terrain qui va être frappé par l'infection.

Quant aux phénomènes de rétention, ils sont dus le plus souvent à l'intensité du processus suppuratif, qui ne trouve plus, en raison de l'*hypersécrétion inflammatoire*, un canal de dérivation suffisant par la caisse et la voie tympanique. Dans les autres cas, moins fréquents, c'est une disposition anatomique qui vient seconder l'infection, tel un anstre

vaste ou de grandes cellules mastoïdiennes à large communication antrale. Plus rarement peut-être on pourra incriminer l'étroitesse de l'aditus ; il suffira d'une légère tuméfaction de la muqueuse pour en obstruer la lumière et pour transformer en un vase clos l'antre déjà infecté.

Il semble bien, dans ce court aperçu pathogénique, que nous ayons négligé un facteur important. En effet, à l'origine des mastoïdites aiguës, il est pour ainsi dire classique de placer deux faits en quelque sorte intangibles.

On s'appuie d'abord sur le caractère profus de l'otorrhée, dans les otites moyennes aiguës, pour en conclure que l'antre et même les cellules mastoïdiennes en sont les générateurs principaux. Aussi, pour éviter cet encombrement de pus dans la caisse et dans l'antre, d'où va naître la mastoïdite, faut-il faire une paracentèse précoce. L'absence de cette paracentèse précoce, et par paracentèse j'entends aussi bien l'ouverture chirurgicale du tympan que l'agrandissement d'une perforation spontanée présumée insuffisante, devient une des causes, réputée la plus fréquente, parmi les causes de mastoïdite aiguë.

Je crois cette opinion très exagérée. Au cours d'un premier chapitre sur la migration de l'agent septique dans les voies auriculaires, je montrerai que le rapport de l'otorrhée profuse à la participation antrale doit perdre ce caractère d'universalité qu'on lui attribue. Quant à la paracentèse précoce dont j'analyserai ensuite les effets, je ne veux pas en faire ici le procès : loin de là, elle a son importance et j'en suis un ferme partisan. Ce que je voudrais établir, c'est que cette abstention de la paracentèse précoce ne doit pas être relevée dans la nomenclature pathogénique de la mastoïdite aiguë ou, tout au moins, n'y figurer qu'à titre exceptionnel.

II

Y a-t-il toujours du pus dans l'antre au cours des otites aiguës ? A quel titre s'y trouve-t-il ? Quand y a-t-il vraiment mastoïdite ? Étudier l'heure et le rapport de ces diverses localisations de l'infection otico-mastoïdienne, en précisant les

termes qui correspondent aux phases de cette évolution, nous préparera à mieux comprendre le rôle de la paracentèse.

L'ouverture systématique de la mastoïde, chez la plupart des otitiques, à dit Lermoyez, montrera du pus dans l'antre et dans les espaces mastoïdiens; c'est seulement un empyème mastoïdien qui ne justifie pas à lui seul la trépanation. Il n'y a mastoïdite vraie que s'il y a réaction osseuse, s'extériorisant cliniquement par le classique syndrome rétro-auriculaire. Pour Luc, le terme de mastoïdite correspond moins à une lésion qu'à un ensemble de manifestations symptomatiques : rétention du pus dans l'antre, ostéite mastoïdienne, sont ainsi unifiées sous une même dénomination.

En somme, dans la pratique courante, nous sommes tous d'accord pour stigmatiser par le terme de mastoïdite quelques signes cliniques, ne répondant pas toujours aux mêmes lésions, mais dont l'intensité ou le groupement feront varier l'indication opératoire. L'antrite que l'on a découverte dans l'étude des otites aiguës semble perdre son individualité dès que l'on touche à la mastoïde elle-même. C'est ainsi que, sous le nom de mastoïdites suppurées, on a décrit l'antrite suppurée au même titre que les foyers cellulaires, abcès centraux, abcès de la pointe, etc., qui, ceux-là, s'accompagnent toujours d'ostéite. C'est ainsi que le vocable pathologique n'hésite pas à faire des *poussées de mastoïdite*, à classer des *mastoïdites frustes*, susceptibles de résolution spontanée.

Il serait pourtant à souhaiter que l'on différenciât nettement deux stades mastoïdiens très différents de l'évolution inflammatoire, dont le pronostic est loin d'être semblable, justement parce qu'il repose sur un substratum anatomique dissimilable. Je reconnais qu'il peut être difficile de séparer les signes cliniques d'une inflammation de l'antre, avec ou sans rétention de pus, de ceux de l'ostéite mastoïdienne. Il y a cependant des présomptions en faveur de l'une ou de l'autre.

Rien ne s'oppose d'ailleurs à ce que nous donnions aux mots leur juste valeur ; à ce que l'on place cliniquement l'antrite ou l'*antro-cellulite*, inflammation de la fibro-muqueuse de la mastoïde, qu'elle soit simplement congestive, catarrhale ou suppurative, qu'elle s'accompagne ou non d'une

réten tion, le plus souvent momentanée, de l'exsudat, à côté de la *mastoïdite*, terme seulement réservé à l'ostéite mastoïdienne. Dans le premier cas, l'indication de la trépanation mastoïdienne sera discutable, assez souvent négative ; dans le second, la trépanation s'impose immédiate.

Otite moyenne, antrite, mastoïdite, ces trois termes, qui répondent chacun à des lésions définies et vraisemblablement à trois syndromes cliniques, permettront plus de précision pour les étudier dans leur succession ou leur concomitance.

Dire que dans toute otite moyenne aiguë suppurée on trouve du pus dans l'antre et dans les cellules mastoïdiennes, opinion qui tend à être généralement admise, au moins pour la participation de l'antre, me semble être une grande exagération. Le Dr Labarre, dans un travail paru en 1903 (1) sur quelques cas de mastoïdites aiguës non précédées d'otite, soutient que cette participation se rencontre plutôt dans des circonstances exceptionnelles. Je doute sur le fait d'exception, mais j'admets, pour ma part, la grande fréquence. Je ne crois pas beaucoup à la présence du pus mastoïdien à titre d'empyème au cours d'une otite aiguë. La fibro-muqueuse mastoïdienne, si elle n'est pas infectée d'emblée, doit réagir secondairement sous cette immersion de sérosité plus ou moins septique.

Dans son rapport avec Lubet-Barbon et Moure, sur le traitement des otites moyennes aiguës, en 1904 (2), Lermoyez ne parle plus d'empyème mastoïdien, mais bien d'antrite. Le rapport ajoute toutefois que si, dans toute otite aiguë généralisée, la mastoïde suppure, dans les otites moyennes aiguës peu virulentes la lésion est beaucoup moins accentuée dans l'antre que dans la caisse ; on a alors une mastoïde surtout congestionnée. Je crois en effet que cette congestion de la mastoïde avec tuméfaction muqueuse et exsudat séreux accompagne souvent l'otite moyenne aiguë sans qu'il y ait pour cela infection mastoïdienne et même antrale, cette congestion d'une muqueuse, emprisonnée dans des travées osseuses, suffisant à elle seule à expliquer beaucoup des

(1) Bruxelles.

(2) *Société franç. d'otol. et de laryngol.*, session de mai 1904.

douleurs mastoïdiennes observées pendant l'évolution des otites aiguës.

Pour en revenir à la suppuration de l'antre, que la virulence de l'agent septique garde à ce niveau toute son intensité ou qu'elle se soit amendée au cours de la migration microbienne, il y a toujours un certain degré d'antrite. C'est d'ailleurs cette réaction inflammatoire de la muqueuse antrale que l'on fait ressortir pour expliquer l'abondance de l'otorrhée, qui ne peut, dit-on, être fournie par la caisse seule. La persistance même de cette abondance sécrétoire permet de poser l'indication de la trépanation mastoïdienne : il y aurait à la fois otite et antrite. Cette raison ne me paraît pas très solide. La cavité antrale, à moins d'un développement exagéré possible, déjà très diminuée par la congestion muqueuse, ne peut, en raison de l'apport de la surface sécrétante, être incriminée comme source principale de l'abondance suppuratoire. D'autre part, une surface muqueuse, si petite soit-elle, sous l'emprise d'une inflammation intense, est susceptible de sécréter à jet continu, sans que le phénomène me paraisse devoir réclamer une autre intervention.

Récemment j'ai pu observer un fait réellement probant à cet égard. Il s'agit d'une jeune fille opérée de mastoïdite aiguë consécutive à une otite scarlatineuse, en mai 1908. Les délabrements furent assez considérables à cause de l'extension des lésions osseuses, et malheureusement la plaie resta atone sans presque bourgeonner. On voyait donc la région antrale de l'aditus, non encore épidermée, au fond d'un vaste entonnoir osseux, quand cette malade fit, le 31 juillet 1908, une angine légère, suivie d'un rhume de cerveau intense. Elle ne tardait pas à ressentir des douleurs dans l'oreille antérieurement atteinte. Malgré une perforation spontanée presque immédiate, le 3 août, je fis successivement deux paracentèses à quelques jours de distance pour favoriser une otorrhée hyperprofuse, qui s'accompagna pendant huit jours d'une température oscillant entre 38°,4 et 39°,6. L'otorrhée montra la même abondance pendant une quinzaine de jours encore, puis diminua et se tarit. La perforation tympanique se ferma, tandis que l'audition re-

venait à la normale dans les premiers jours de septembre.

Ce fait clinique a la valeur d'une véritable expérience. Il me permet de conclure, contre l'opinion classique, que l'abondance de l'otorrhée, même persistante sans exagérer bien entendu la durée de cette persistance, s'explique très bien par l'inflammation de l'oreille moyenne seule. On n'en peut faire un signe certain de la coexistence d'antrite.

Quels sont donc, brièvement esquissés, les tableaux cliniques que nous présente la filiation otico-mastoïdienne dans les suppurations aiguës des voies auriculaires, suivant la localisation ou la généralisation du processus inflammatoire?

L'otite moyenne aiguë suppurée peut exister seule, même avec une otorrhée abondante, et guérir sans complication, c'est très vraisemblablement un cas fréquent. Elle peut être doublée ou suivie d'une antrite aiguë suppurée (hypothèse classique), cette antrite également susceptible de résolution : ces cas, pour être moins fréquents, doivent exister souvent. Otite et antrite peuvent, d'autre part, s'accompagner d'ostéite ou évoluer simplement vers la chronicité. L'antro-cellulite aiguë, — et je laisse ici de côté la simple congestion, — réaction de voisinage, de la muqueuse antro-cellulaire, — est plus rare et doit presque fatalement aboutir à l'ostéite mastoïdienne. Ajoutons que l'antrite peut être la première réalisation de l'infection auriculaire, mais qu'elle s'accompagne presque toujours soit d'une otite secondaire, soit plutôt d'ostéite mastoïdienne. Celle-ci, mastoïdite aiguë vraie, a toutes les chances pour elle de ne pas guérir spontanément; elle aboutira plus ou moins rapidement à l'extériorisation du pus dans les directions classiques et à la fistulisation; ou bien, après une fonte partielle des travées osseuses, elle passera à la chronicité latente.

Nous voyons ainsi la genèse de ce qu'on appelle les mastoïdites chroniques. Sans parler des mastoïdites ou antrites d'origine sanguine ou secondaires à l'otite chronique, ces mastoïdites et ces antrites chroniques latentes, dont la phase aiguë remonte à l'époque du syndrome otique, montrent leur divergence pathogénique sous la gouge de l'opérateur. Tantôt c'est un antre petit ou plus ou moins développé, sans

lésion osseuse, mais qui présente une muqueuse épaissie et dont la cavité est remplie de fongosités et de pus concret. Tantôt la cavité s'étend aux cellules mastoïdiennes en partie détruites. Entre ces deux stades, on peut saisir l'évolution du processus nécrosant dans certaines formes de mastoïdites subaiguës et latentes, dont le point de départ otique est assez rapproché ou même presque immédiat.

III

Au milieu de ces différentes phases anatomo-cliniques otico-mastoïdiennes de l'infection microbienne que nous venons de parcourir, quel rôle appartient à la paracentèse précoce? Va-t-elle refréner l'humeur envahissante de l'agent septique? Aura-t-elle le pouvoir de s'opposer à la rétention du pus otico-antral et à l'évolution d'une mastoïdite? Je ne crois pas qu'on puisse la parer de cette gloire, et j'ai la conviction que ce n'est pas dans l'absence de paracentèse précoce qu'il faut chercher la cause d'une mastoïdite aiguë.

Un fait semble *a priori* infirmer cette hypothèse, ce sont les statistiques. A vrai dire, je me méfie des statistiques, non pas que je mette en doute la bonne foi de leurs auteurs et la véracité des faits observés, mais je me méfie des séries heureuses ou malheureuses; je crains aussi que l'interprétation des faits laisse parfois de côté quelque donnée dont l'importance pourrait changer la face du problème. La conclusion de ces statistiques, nous la connaissons tous : la rareté des mastoïdites aiguës chez les otitiques paracentésés et le corollaire obligé : le recrutement des mastoïdites aiguës chez les otitiques non paracentésés.

Que répondre à ces faits expérimentaux? Avant tout, j'émettrai deux propositions basées, elles aussi, sur une statistique, statistique non rédigée, mais de toute évidence par l'observation journalière. La première, c'est que la mastoïdite aiguë, malgré sa fréquence relative, est une complication en somme assez rare des otites aiguës, paracentésées ou non, si on met en regard le nombre énorme des otites aiguës. Seconde proposition : la mastoïdite aiguë, chez les otitiques

non paracentésés, nous apparaît également une complication assez rare, si l'on veut bien dénombrer la foule des otitiques chroniques dont le passé auriculaire aigu s'accompagnait d'une perforation vraisemblablement insuffisante ou mal placée, qui ne présentent pas, derrière leur pavillon, la signature chirurgicale.

Cette rareté relative de la complication mastoïdienne chez les non-paracentésés avait besoin d'être mise en relief; elle tend à déjà restreindre l'importance de la paracentèse précoce dans la pathogénie tympanique des mastoïdites aiguës.

Et maintenant, si je reprends les statistiques classiques, j'y vois négligé un élément très important pour la conclusion cherchée. Le nombre des otitiques non paracentésés à temps, bien qu'il tende à décroître avec la vulgarisation de la spécialité, l'emporte encore de beaucoup sur celui des otitiques paracentésés. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'il y ait dans le premier groupe, plus nombreux, plus d'observations mastoïdiennes, sans qu'on puisse préjuger de ce fait, d'une façon affirmative et absolue, la causalité tympanique.

Laissons de côté les statistiques. Il existe un certain nombre de mastoïdites où la rétention du pus dans la caisse ne peut être incriminée, je les rappelle. Ce sont d'abord les mastoïdites soi-disant primitives; le passage otique n'a donné lieu à aucun phénomène subjectif, ou les symptômes en ont été si peu accusés qu'ils s'opposent à toute idée de rétention. D'autres mastoïdites évoluent sur une otite malgré la surveillance de l'auriste. Dans certains cas, la perforation tympanique spontanée a été jugée suffisamment large et déclive; dans les autres, la paracentèse précoce a pu être effectuée.

Ces faits sont connus; on cherche alors une autre cause: nature de l'infection, terrain particulier. Ici nous approchons d'une vérité qu'à mon sens il serait bon de généraliser à la presque totalité des mastoïdites.

J'en arrive aux mastoïdites dans la pathogénie desquelles la rétention du pus semble *a priori* plus logique, ce pour quoi le droit de cité généralement reconnu à la paracentèse absente dans leur éclosion.

Il est un premier cas sur lequel je ne m'attarderai pas. Le

tympan ne se perfore pas; le pus sous pression dans la caisse cherche une issue dont la plus fréquente est l'aditus et la mastoïde. A la longue le tympan cède, mais cette perforation trop tardive, souvent insuffisante, mal placée, ne peut plus enrayer les phénomènes mastoïdiens. Ces faits sont exceptionnels. La résistance du tympan est rarement aussi énergique. Cette membrane si mince, sous la double poussée de l'infection et de la tension rétro-tympanique qui la mortifient, doit céder beaucoup plus rapidement que l'imperméabilité d'un canal étroit ostéo-muqueux dont l'accolement muqueux sur un trajet de plusieurs millimètres tend toujours à s'accroître avec l'inflammation persistante. De plus, s'il y a une si grande tension rétro-tympanique, et cette tension est la même si un aditus large a permis la coexistence de l'otite et de l'antrite, la douleur atteint un paroxysme intense, et s'il faut admettre que la perforation du tympan s'effectue si tardivement que la mastoïdite soit déjà établie, je ne crois pas que le malade ait la patience de supporter de telles souffrances sans consulter un auriste avant cette perforation.

Dans le second cas, le plus ordinaire, le tympan se perfore, perforation presque toujours tardive si on veut, comme toute perforation spontanée, mais en somme relativement précoce. Défiez-vous, nous dit-on; cette perforation, trop souvent insuffisante ou mal placée, ne suffit pas au drainage, il y a encore rétention. Si par hasard l'écoulement semble normal, défiez-vous encore, l'obstacle peut siéger au niveau des plis muqueux de la caisse, au niveau de l'aditus, et surtout au niveau des orifices antro-cellulaires.

Quelle est donc l'histoire coutumière, banale, des otitiques *retardataires*. Le malade a plus ou moins souffert dans l'oreille pendant un jour ou deux, parfois trois, quatre jours, plus même, tandis que la température monte. Puis le tympan se perfore, l'otorrhée s'établit plus ou moins abondante. La fièvre tombe; les douleurs disparaissent, d'emblée et d'une façon définitive, ou plus souvent après quelques réveils légers et intermittents. Le malade reste chez lui, on lui fait des lavages; ce n'est que quatre ou cinq jours après ou plus tard, au bout de huit, quinze jours et plus, alors qu'il ne souffre

plus, mais qu'il s'inquiète ou qu'on s'inquiète pour lui d'un écoulement persistant, qu'il vient consulter l'auriste.

Nous constatons alors une perforation parfois mal placée, en tout cas très souvent minime, et nous l'agrandissons. Ces malades guérissent sans complication. Dans ces faits qui sont fréquents, la chute de la température et la disparition de la douleur, en dépit de la toute petite ouverture tympanique, incitent à penser que la rétention du pus ne doit pas être exagérée. En fait, cette rétention relative, plus ou moins prolongée, soi-disant incriminable, n'a pas suffi pour faire une mastoïdite.

Moins souvent on observe la persistance de la fièvre et de la douleur, ou de la fièvre seule. Il peut en être de même après une paracentèse précoce. Dans l'un et l'autre cas, je crois que ces faits doivent être rapportés à des causes analogues d'un autre ordre : la virulence de l'agent septique. Là surtout, la mastoïdite, si elle n'est pas fatale, est à craindre.

Analysons maintenant les raisons données en faveur du mécanisme de la rétention.

La perforation tympanique spontanée, trop petite, serait assimilée à une fistule, d'où l'abcès rétro-tympanique se vide mal à l'instar de tout abcès fistulisé. Or, je vous le demande, la paracentèse change-t-elle réellement la situation et fait-elle de cet abcès fistulisé un abcès largement ouvert. Songez qu'elle doit s'effectuer au moment de la phase aiguë de l'otite, qu'à cette période ou les jours suivants la turgescence de la muqueuse est à son summum, que la sécrétion est très abondante du fait de cette congestion inflammatoire et aussi que fort souvent l'abcès ne se limite pas à la portion rétro-tympanique, mais s'étend à l'attique et à l'antre.

Admettre la suffisance de l'ouverture chirurgicale du tympan comme protection de la mastoïde, c'est, je le crains, se payer de mots. Si l'on veut drainer véritablement et chirurgicalement cet abcès, pour être sûr d'éviter les dangers d'une rétention possible, il faudrait à la fois paracentéser d'un côté et trépaner de l'autre. Heureusement une intervention aussi radicale n'est pas nécessaire, bien qu'on tende de plus en plus à rapprocher l'heure de la trépanation mastoïdienne dans les otites aiguës prolongées.

Que se passe-t-il derrière le tympan au moment où doit se placer la paracentèse? Nous avons vu que la migration microbienne peut s'arrêter à la caisse. Dans ce cas, nous observons la phase de rétention maxima; une sérosité très infectieuse remplit la caisse et fait bomber le tympan. On me dira que le gonflement de la muqueuse protège la mastoïde, soit au niveau des plis muqueux de la caisse, soit au niveau de l'aditus, et qu'une perforation spontanée insuffisante, prolongeant la tension rétro-tympanique, celle-ci finira par vaincre ces différents obstacles. Je répondrai que, si cette protection est réelle contre une forte pression, elle le sera davantage après la perforation spontanée, dont l'insuffisance même ne permettra pas la décongestion muqueuse, tout en diminuant la pression dans la caisse. D'autre part, la paracentèse, pratiquée à ce moment, ouvrira bien une plus large voie de dérivation extérieure, mais elle provoquera une décongestion plus rapide de la muqueuse. La sécrétion abondante d'une muqueuse enflammée sera encore trop grande pour l'issue qu'on lui donne, et l'antre, moins protégé par le gonflement muqueux, se verra envahi par une sérosité alors très infectieuse. D'où cette conclusion paradoxale que la paracentèse précoce tendrait à favoriser l'antrite non préexistante et de là, peut-être, la mastoïdite.

En fait, si les dimensions restreintes de l'aditus ont permis son occlusion par le gonflement inflammatoire de la muqueuse, cette turgescence va continuer son rôle de protection, même après la paracentèse, pendant un temps plus ou moins long. Parallèlement, la virulence des éléments septiques évacués au dehors diminue ainsi que l'otorrhée; l'antre a été et sera sauvé.

Le plus souvent, disent les auristes modernes, la sérosité ou le pus se trouverait, concomitamment à l'otite, dans l'antre, voire même dans les espaces mastoïdiens. Le mécanisme de la rétention du pus par défaut de drainage s'explique ici encore par le gonflement de la muqueuse; mais le gonflement ne s'oppose plus à la poussée de la sécrétion vers la mastoïde, il contrecarre sa sortie, soit, rarement, au niveau des plis muqueux de la caisse et de l'aditus, soit surtout au

niveau de l'abouchement très étroit des cellules mastoïdiennes dans l'antra : stagnation du pus, inflammation de la fibromuqueuse, ostéite.

Comme je l'ai dit, je ne puis croire à la possibilité d'un empyème mastoïdien au cours d'une otite aiguë. La muqueuse antrale participe à l'inflammation de la muqueuse tympanique; il y a antrite, et, s'il suffit de la moindre tuméfaction muqueuse pour obstruer les orifices antro-cellulaires, je ne m'explique pas, avant de songer à son retour en arrière, comment le pus antral a pu les franchir. S'il les a franchis, ou plutôt si l'infection muqueuse s'est étendue rapidement aux cellules mastoïdiennes, je crois bien que le pus migrateur comme celui de nouvelle formation restera dans ces espaces, en dépit de toute paracentèse, et que la mastoïdite ne tardera pas à se préciser, mastoïdite aiguë le plus souvent, parfois mastoïdite subaiguë ou mastoïdite latente.

Quant à l'obstacle au niveau de l'aditus, il ne peut être très sérieux, puisqu'il est si facilement franchi chez beaucoup d'otitiques même paracentésés. Beaucoup en effet doivent faire de l'antrite. Si la lumière de l'aditus est relativement large et s'il y a vraiment rétention dans l'antra, elle existera même avec une large paracentèse : la cause en est dans l'intensité des phénomènes inflammatoires et dans la densité plus ou moins marquée de la sécrétion purulente. Ces faits d'inflammation et de rétention antrales, tout en donnant lieu à quelques signes dits mastoïdiens, ne conduisent pas nécessairement à la mastoïdite.

Si par ailleurs l'aditus est étroit, mais que l'agent septique s'y soit introduit d'emblée, au début de l'infection otique, l'antrite consécutive tendra à s'isoler de la caisse par suite du gonflement inflammatoire de la muqueuse adito-antrale. Nous voyons la réalisation de cette hypothèse dans le fait de certaines antrites et mastoïdites primitives. Ici l'antrite évoluera à côté de l'otite, et je doute que la paracentèse puisse redonner à l'aditus une perméabilité suffisante pour la déplétion antrale. La glace ou les pansements humides auront certainement une action plus réelle si la mastoïdite peut être évitée.

Pour conclure, je dirai que le rôle de la paracentèse est illusoire si on lui attribue le pouvoir de s'opposer aux phénomènes de rétention mastoïdienne. J'ajoute seulement un correctif : la paracentèse, qui facilite le drainage et qui tend à décongestionner plus rapidement la caisse, malgré que l'otite moyenne aiguë ait une évolution cyclique (Lermoyez), peut, dans certains cas peut-être, empêcher la diffusion lymphagitique de l'infection et protéger ainsi la mastoïde. Plus volontiers je lui accorde ce rôle de *dérivation septique*.

A la fin de cette étude, j'émettrai donc cette proposition quelque peu révolutionnaire : la paracentèse précoce, au cours d'une otite moyenne aiguë, si elle peut rarement enrayer l'infection, est, dans la généralité des cas, impuissante à s'opposer à l'éclosion d'une mastoïdite aiguë. Mes confrères me pardonneront sans doute cette opinion avancée en me sachant à leur côté pour garder à la paracentèse précoce toute son importance. Elle élargit la voie de dérivation, elle active la déplétion des voies auriculaires et la décongestion muqueuse ; elle s'oppose aux semi-rétentions momentanées ; enfin elle empêche la stagnation de pus ancien dans les parties déclives.

Vous le voyez, je fais seulement dériver son importance vers un autre horizon, l'horizon si plein de menaces de la méningite aiguë et dans lequel s'estompent à l'arrière-plan des visions d'otorrhée chronique, expression clinique non seulement de l'otite chronique, mais aussi de l'antrite chronique latente. L'absence de la paracentèse leur a donné simultanément la vie, et toutes deux ont souvent le même âge lointain dans leur évolution parallèle.

V

DE L'OSSILECTOMIE DANS LA CURE RADICALE DE L'OTORRHÉE.

Par **P. BRUNEL**.

Chirurgien auriste de l'hôpital de Versailles.

Depuis une dizaine d'années, notre spécialité, sous l'influence de maîtres hardis, s'est développée de brillante façon. L'École de l'hôpital Lariboisière a fait plus à elle seule que tous les spécialistes et donné l'exemple suivi par nombre de ses élèves. Sous son influence, les petites interventions des anciens spécialistes ont cédé le pas aux grands traumatismes opératoires, l'ossilectomie a disparu devant l'évidement pétro-mastoïdien, l'antrotomie simple est remplacée par une véritable mastoïdectomie. Il ne faut cependant pas exagérer et abandonner quelques interventions qui méritent d'être conservées. Tout en étant chirurgiens, nous devons rester surtout spécialistes. Aussi croyons-nous que l'ossilectomie dans la cure radicale de l'otorrhée chronique ne mérite pas le dédain de quelques-uns et la disgrâce dans laquelle cette intervention est tombée depuis quelques années. C'est à tort qu'on ne la pratique plus; elle doit, à notre humble avis, être la première étape dans le combat que le spécialiste d'abord, le chirurgien ensuite, vont livrer à une vieille suppuration de l'oreille. Ses indications sont précises, sa technique simple, ses risques nuls, ses résultats souvent inespérés.

Une otorrhée, aussi ancienne soit-elle, peut et doit guérir quand les lésions anatomo-pathologiques sont localisées à la caisse du tympan, seule partie accessible par les voies externes.

Il n'est pas toujours facile de se rendre un compte exact de l'étendue des lésions; cependant l'absence de douleurs spontanées ou provoquées au niveau de l'antre, de la pointe et du bord postérieur de la mastoïde sera un bon signe de

l'intégrité des cavités de l'apophyse. Une perforation de la membrane de Schrapnell avec ou sans bourgeons charnus sortant de la caisse, pus épais et nauséabond fera poser le diagnostic de carie de la tête du marteau ou de l'enclume. Une injection, pratiquée dans la direction de l'attique, renseignera par la présence de lamelles nacrées sur l'existence d'un cholestéatome toujours possible. Mais l'examen doit toujours être méthodique, la caisse explorée dans toutes ses parties avec un fin stylet d'argent. Cette exploration, facile dans la destruction complète du tympan, donnera des renseignements certains, moins absolus, quand on se trouvera en présence d'une perforation limitée à la Schrapnell par exemple. Encore sera-t-il aisé d'introduire le stylet en haut et en arrière pour explorer l'attique, découvrir les points d'ostéite ou les amas de cholestéatome. Il faut bien reconnaître que les lésions les plus simples sont les plus fréquentes et que, fort heureusement pour les malades, toutes les otorrhées ne sont pas fonction de cholestéatomes ou d'ostéites profondes ; ces lésions se révèlent souvent un jour ou l'autre par des symptômes aigus si intenses que l'intervention radicale s'impose d'emblée sans discussion. En général les plus vieilles otorrhées, même celles qui de prime abord paraissent graves et semblent exposer le malade aux pires complications sont presque toujours entretenues par une lésion ostéitique de la chaîne des osselets. Donc, toute otorrhée ne s'accompagnant pas de douleurs spontanées ou provoquées au niveau de la mastoïde, n'étant pas fonction de cholestéatome, sera d'abord traitée par l'ossilectomie. Cette intervention, décrite dans tous les traités classiques, consiste dans l'exérèse des reliquats de la membrane tympanique et d'une partie de la chaîne des osselets (marteau et enclume). On le pratique le plus souvent sous anesthésie locale au mélange de Bonain ; c'est une intervention douloureuse et longue si l'on veut la conduire comme nous l'entendons ; aussi le chloroforme est-il quelquefois indiqué chez les malades pusillanimes et nerveux.

Premier temps : Libération du tympan. — Si le tympan existe avec une petite perforation marginale, on le circonscrit par une incision qui, partant de la perforation, suit en rasant le

bord du cercle tympanal pour rejoindre le pôle opposé de la perforation (l'incision contournant le manche du marteau est complètement inutile). C'est le temps douloureux de l'intervention, le revêtement épithélial du tympan rendant l'anesthésie incomplète, les autres temps peuvent être exécutés sans grandes douleurs pour le malade.

Deuxième temps : Extraction du tympan et du marteau.

— Le tympan ainsi libéré se rétracte au niveau du manche du marteau auquel il adhère. Pas besoin, comme il est décrit, de sectionner le tendon du muscle tenseur du marteau et ses ligaments ; une curette fenêtrée assez large ou un serre-nœud prend manche et tympan dans sa fenêtre ; on exécute alors des mouvements de bascule d'avant en arrière, de haut en bas, mouvements assez énergiques pour détacher le marteau de ses adhérences et le luxer de son articulation incudo-malléale, assez limités pour éviter une fracture au niveau de sa grande branche. Marteau et reliquats du tympan sont extraits en un temps.

Troisième temps : Extraction de l'enclume. — L'enclume est recherché en haut et en arrière derrière le mur de la logette avec la curette de Kretschmann. Pas besoin de crochets spéciaux.

Il est important de ramener cet osselet, souvent atteint d'ostéite, et qui peut, par la suite, prolonger la suppuration. Mais il est facilement extrait de sa niche avec un peu d'habileté et d'habilité. La curette de Kretschmann, cavité dirigée en bas, est introduite derrière le mur de la logette ; on donne au manche de l'instrument des mouvements de rotation de droite à gauche pour le côté droit de la tête et inversement, ce qui communique à la curette des mouvements de haut en bas ; l'enclume est ainsi luxé de son articulation incudo-stapédale et extraite.

Quatrième temps : Résection du mur de la logette. — La caisse n'est pas encore accessible dans toute son étendue ; le mur de la logette dérobe aux regards et à la curette tout le recessus épitympanique ; il faut en abattre le plus possible, ce qui est vite et facilement exécuté avec l'otoclaste de Gellé sans crainte pour le facial.

Cinquième temps : Curettage de la caisse. — L'intervention ne doit pas s'enténir à cette ostéotomie. Il est absolument nécessaire non seulement de curetter les bourgeons charnus s'ils existent, mais encore d'enlever toute la muqueuse de la caisse, même si cette dernière paraît saine.

Nous croyons que les insuccès mis sur le compte de l'ossilectomie sont dus en grande partie à un curettage incomplet. La muqueuse sera donc enlevée dans toute l'étendue accessible de la caisse; les diverses curettes fenêtrées plus ou moins coudées rendent ce temps facile, mais un peu long. On ira doucement en haut et en arrière avec la curette de Kretschmann pour ne pas blesser le facial, accident plutôt rare dans cette intervention. Le curettage devra donc être énergique, toute la muqueuse enlevée, la paroi interne de la caisse mise complètement à nu. Dans ces conditions et dans ces conditions seulement, on pourra obtenir une guérison radicale par épidermisation comme dans l'évidement pétro-mastoidien.

Pansements. — Comme dans cette dernière intervention, les soins post-opératoires et pansements auront dans la marche vers la guérison une très réelle importance. Les pansements faits les premiers jours avec des mèches à l'ectogan seront remplacés par des *pansements humides avec une solution saturée d'acide picrique* dès que la caisse sera recouverte d'un léger matelas de bourgeons durs et adhérents les uns les autres.

L'épiderme envahit alors doucement la caisse au niveau du cercle tympanal et recouvre peu à peu toute la paroi interne. C'est à ce moment qu'il faut veiller à ne pas laisser se former de brides entre les différentes parties de la caisse, brides par-dessus lesquelles l'épidermisation peut sauter formant rideaux et laissant derrière une petite partie de bourgeons non recouverts pouvant prolonger la suppuration et compromettre la guérison. L'épidermisation à plat de toute cette paroi interne est donc souvent difficile et longue à obtenir; il faut souvent avoir recours à la curette pour réprimer un bourgeon charnu exubérant, enlever un lambeau d'épiderme formant bride et n'adhérant pas à la partie sous-jacente. Ces cicatrisations vicieuses ont tendance à se produire sur les bords

du cercle tympanal, qui lance des ponts épithéliaux sur la paroi interne de la caisse délimitant ainsi des récessus qu'il faut éviter à tout prix. Seuls les pansements compressifs bien tassés donneront une cicatrisation à plat de toute la région. Ces pansements seront renouvelés tous les jours dans les débuts, plus ou moins espacés ensuite suivant la sécrétion. Les pansements à l'acide picrique en solution saturée nous ont donné dans l'ossilectomie et évidements de si beaux résultats en activant l'épidermisation que nous en signalons dès aujourd'hui la pratique et les résultats.

L'ossilectomie ainsi comprise et conduite nous a assez bien réussi, puisque, sur 12 cas d'ossilectomies pour otorrhée chronique, 2 seulement n'ont pas bénéficié d'une guérison. Dans un de ces cas, nous avons trouvé un cholestéatome guéri plus tard par évidement; dans l'autre, nous avons respecté la muqueuse, qui paraissait saine; le malade non guéri après trois mois de traitement redoutant une nouvelle intervention n'a pas été revu.

Pour nous résumer, l'ossilectomie simplifiée dans sa technique opératoire comme nous venons de décrire, toujours suivie d'une ablation totale de la muqueuse de la caisse, mérite par sa simplicité, son innocuité, ses résultats, de figurer encore dans nos manuels opératoires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M. G..., pharmacien, 30 ans.

Otorrhée droite depuis l'âge de 15 ans, à la suite de la grippe. Perforation de la Shrapnell avec écoulement peu abondant, mais nauséabond, mauvais état général, très fréquents maux de tête et vertiges. Rien du côté de la mastoïde.

Ossilectomie et curettage de la caisse en août 1906, sous cocaïne. Pansement avec mèches à l'ectogan pendant quinze jours, à l'acide borique pulvérisé pendant trois mois. Guérison complète.

Le malade, revu tous les trois mois, est resté guéri.

OBSERVATION II. — M. M..., à Versailles, 72 ans.

Otorrhée oreille droite depuis une vingtaine d'années. Perforation de la Shrapnell avec bourgeons charnus, écoulement assez

abondant et nauséabond, paralysie faciale depuis une huitaine de jours.

Ossilectomie et curettage de la caisse sous cocaïne en juin 1906. Pansements habituels, gaze à l'ektogan et acide borique pendant trois mois. Le malade est toujours revu et la guérison maintenue.

OBSERVATIONS III et IV. — *M^{me} P...*, institutrice, 27 ans.

Otorrhée double depuis l'âge de 4 ans. Large perforation des deux tympans dans le cadre inférieur avec suppuration abondante sans odeur ; la muqueuse de la caisse est épaissie et saigne facilement.

Ossilectomie double sous cocaïne en août 1904. Pansements habituels avec de l'acide borique. Les pansements sont confiés au mari très intelligent qui, après emplette d'un miroir frontal, retourne dans son pays. La guérison est obtenue en trois. Revue tous les ans pendant les vacances, la malade est restée guérie.

OBSERVATION V. — *M. B...*, à Paris, 35 ans.

Otorrhée oreille gauche depuis trois ans, perforation dans le cadre supéro-postérieur, écoulement peu abondant et nauséabond. Soigné pendant six semaines sans résultat.

Ossilectomie et curettage sous cocaïne en juillet 1905. Pansement jusqu'en janvier 1905 avec complète guérison, qui s'est maintenue depuis, le malade étant toujours revu.

OBSERVATION VI. — *M^{me} A...*, à Paris, 28 ans.

Otorrhée gauche depuis quatre ans, suite de grippe. Perforation en haricot du cadre inférieur, pus peu abondant mais très nauséabond, carie du manche de marteau.

Ossilectomie et curettage de la caisse qui paraît saine en juin 1906. Pansements secs jusqu'à fin août. Guérison. La malade est toujours revue.

Intervention pratiquée sous cocaïne.

OBSERVATIONS VII et VIII. — *M. V...*, à Versailles, 45 ans.

Otorrhée double depuis l'enfance.

Ossilectomie double sous chloroforme en mai 1907.

Pansements habituels jusqu'en août avec guérison complète.

Le malade n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION IX. — *M^{lle} S...*, Sainte-Sophie (hôpital de Versailles), 26 ans.

Otorrhée gauche depuis l'âge de 3 ans. Le conduit externe est

rempli de masses polypiformes avec écoulement très abondant et nauséabond.

Ossilectomie et curettage de caisse sous chloroforme en mars 1908 (14 mars).

Pansements secs, puis pansements humides à l'acide picrique.

Guérison complète le 5 mai.

Durée du traitement : *sept semaines*.

Le malade est encore revu tous les mois et la guérison maintenue.

OBSERVATION X. — M. S..., à Paris, 35 ans.

Otorrhée gauche depuis l'âge de 12 ans.

Perforation de la Shrapnell avec gros bourgeons charnus, pus épais et nauséabond.

Ossilectomie sous stovaine le 3 mai 1908. La muqueuse de la caisse qui paraît saine est respectée. Le malade, pansé jusqu'en juillet, et redoutant un évidement, part sans être guéri et n'est pas revu.

OBSERVATION XI. — Otites à répétition de l'oreille droite depuis quatre mois, écoulement plus abondant et nauséabond.

Perforation du cadre inférieur avec muqueuse de la caisse fongueuse.

Ossilectomie et curettage de la caisse sous chloroforme le 9 juin 1908.

Paralysie faciale, le 13 juillet, à la suite d'une cautérisation un peu vive au nitrate d'argent, qui dure huit jours.

Pansement à l'acide picrique. Guérison le 31 juillet.

Durée des pansements : *sept semaines*.

La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XII. — M. M..., 41 ans (Versailles).

Otorrhée droite à répétition, depuis 21 ans.

Petite perforation de la Shrapnell avec bourgeons charnus, pus épais odorant.

Ossilectomie et curettage de la caisse sous cocaïne, le 29 avril 1908. On trouve un cholestéatome de la caisse et de l'attique.

La caisse guérit et s'épidermise normalement, mais il vient toujours des lamelles de l'attique; le malade est évidé en septembre et radicalement guéri.

REVUES GÉNÉRALES ET ACTUALITÉS

CURABILITÉ DES MÉNINGITES AIGÜES ET SPÉCIALEMENT DE LA MÉNINGITE OTOGÈNE.

Par **P. GAUTHIER** (de Lyon).

La possibilité de la guérison des méningites aiguës, admise par les auteurs du début du siècle dernier, fut mise en doute, puis bientôt niée, lorsque naquit et se développa, avec Guersent et Bouchut, l'idée des pseudo-méningites, idée qui devait trouver son plein épanouissement en 1894, dans le méningisme de Dupré. On sait quel succès obtint celui-ci; le sens du mot nouveau de méningisme prit une extension démesurée: il arriva à désigner toutes les manifestations méningées curables. Mais une réaction devait bientôt se produire et, à la lumière des renseignements fournis par un nouveau procédé de diagnostic, la ponction de Quincke, on put délimiter le domaine du méningisme, et celui-ci s'est trouvé singulièrement restreint — aujourd'hui méningisme est devenu synonyme de syndrome méningitifforme d'ordre purement nerveux, hystérique — et, par contre, on put rapporter à la méningite toute une série de formes ayant une tendance spontanée à la guérison et qui avaient été distraites de leur cadre légitime du fait de leur bénignité relative. En même temps que la ponction lombaire nous faisait connaître ces formes légères si intéressantes au point de vue de la pathologie générale des méninges, elle permettait d'établir toujours un diagnostic précoce et précis; et grâce à elle devenaient possibles, dans des cas cependant graves, des interventions heureuses: c'est dans ces derniers cas, où la guérison a été obtenue par les moyens thérapeutiques mis en œuvre, qu'il convient de parler de curabilité au véritable sens du mot.

Il ne nous est pas possible d'envisager successivement ici les diverses formes de méningites aiguës: parmi celles-ci, la

méningite d'origine otique, qui a suscité un grand nombre de travaux récents et dont le traitement a soulevé et soulève encore tant de discussions et a donné, entre les mains de divers auteurs, des résultats si encourageants, nous arrêtera seule.

*
*
*

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'infection des méninges, au cours des suppurations d'oreille, peut être *soit primitive*, — c'est-à-dire se propageant directement du foyer auriculaire aux méninges (voie canaliculaire ou vasculaire, voie osseuse), — *soit secondaire* à une autre complication de l'otite (abcès sous-dure-mériens, encéphaliques ou sinusiens). Rappelons que c'est ce second mode qui est le plus fréquent (Lannois et Perretière) : c'est pourquoi il convient, pour éviter cette redoutable complication, d'intervenir immédiatement aux premiers signes d'infection endocranienne.

Au point de vue anatomique, on peut distinguer, avec MM. Lannois et Perretière, trois formes : 1° une *forme tuberculeuse*, sur laquelle nous n'insisterons pas, car ses caractères se confondent avec ceux de la méningite bacillaire en général ; 2° une *forme purulente* ; celle-ci peut être généralisée, cérébro-spinale ou au contraire localisée et circonscrite : dans ce dernier cas, il y a toujours une tendance plus ou moins grande à la généralisation, les formes limitées n'étant souvent que des formes de début — d'où l'importance de l'intervention précoce ; 3° une *forme séreuse*.

Cette distinction d'une forme purulente et d'une forme séreuse est aujourd'hui classique. C'est Quincke, le premier, qui établit, en 1893, le groupe de méningites séreuses : celles-ci furent étudiées maintes fois depuis cette époque ; les travaux les plus importants sont ceux de Jansen (*Congrès de Moscou*, 1897) et de Concetti (*Congrès de Paris*, 1900) ; mais ces deux auteurs sont arrivés à des conceptions très différentes. Jansen ne voyait dans la forme séreuse qu'un diminutif des formes suppurées, qu'une méningite atténuée analogue au point de vue pathogénique aux méningites purulentes et, pour établir cela, se basait surtout sur des faits où

l'on avait pu suivre la transformation de l'exsudat séreux ou exsudat purulent. Concetti, au contraire, s'attache à décrire la méningite séreuse comme une forme spéciale, autonome : pour lui méningite séreuse devient synonyme de méningite toxique ou toxinienne, en tout cas amicrobienne : c'est la stérilité du liquide qui est caractéristique ; et par conséquent si, même dans un liquide plus ou moins limpide, l'examen révèle des microbes, on n'a pas affaire à une véritable méningite séreuse : « Aussi dans les formes bactériennes, dit-il, on peut avoir un exsudat limpide ; mais cette propriété n'est pas constante, tandis que, dans les formes toxiques, je n'ai jamais rencontré ni purulence, ni trouble de l'exsudat. »

Concetti avait bien vu que la base d'une classification des méningites résidait dans l'examen bactériologique ; mais les recherches récentes de Widal et de ses élèves viennent de montrer que, pour cette classification, le fait de la limpidité ou de la purulence de l'exsudat n'avait que peu d'importance. Il a bien établi, en effet, l'existence d'épanchements puriformes et cependant absolument aseptiques. Si bien qu'à l'ancienne division imprécise en méningites séreuses et méningites purulentes il convient de substituer celle-ci : 1° *méningites microbiennes* (séreuses, séro-purulentes et purulentes) ; 2° *méningites amicrobiennes* ou *réactions méningées aseptiques* (séreuses ou puriformes). Cette distinction n'a d'ailleurs pas qu'une importance dogmatique ; elle a surtout un *intérêt clinique*, les méningites microbiennes étant presque toujours graves, alors que les réactions aseptiques ont une bénignité relative et une tendance marquée à la guérison, — et un *intérêt thérapeutique*, — car la conduite à tenir doit varier, comme nous le verrons dans l'un et l'autre cas.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie bien connue de la méningite otogène. D'ailleurs il ne faudrait pas attendre la réalisation plus ou moins complète du tableau clinique : souvent il serait trop tard ; c'est la précocité du diagnostic qui est la condition du succès thérapeutique : à la première alerte, au premier signe suspect, il ne faut pas hésiter à recourir à la ponction lombaire, qui donnera les renseignements les plus précieux.

Nous croyons inutile de revenir ici sur la technique de la ponction lombaire et de l'examen du liquide céphalo-rachidien, qui sont maintenant notions classiques. Nous appellerons seulement l'attention sur l'importance qu'il y a à apprécier exactement l'état du liquide au point de vue bactériologique. Widal, pour les épanchements puriformes, a donné une formule facile, permettant de résoudre rapidement le problème : le liquide est aseptique lorsque les polynucléaires sont indemnes, que la cellule n'a pas subi de déformation, que le noyau a gardé sa netteté parfaite et a conservé son affinité pour les matières colorantes.

Quand on sera en présence d'une méningite septique, il sera intéressant de déterminer autant que possible l'espèce microbienne. On sait en effet la gravité presque fatale des infections streptococciques, quelle que soit la thérapeutique mise en œuvre.

*
*
*

CURABILITÉ ET TRAITEMENT.

A. HISTORIQUE. — Il est à peu près généralement admis aujourd'hui qu'il ne faut pas rester inactif en présence de la leptoméningite aiguë d'origine otique. Mais, si la majorité des auteurs se prononcent maintenant pour l'intervention, il n'en fut pas toujours ainsi.

Bergmann (1888) et Lichtheim (1893) avaient érigé en principe qu'il fallait toujours s'abstenir en présence d'une méningite confirmée. Le rapporteur du Congrès de Londres en 1899 arrive à la même conclusion. Heine (1904) soutient aussi cette thèse ; il considère que la méningite généralisée est au-dessus de nos moyens et pense que, si par la ponction lombaire on retire un liquide purulent contenant des bactéries, il ne faut pas intervenir. Pour Braunstein également, l'abstention doit être la règle, lorsque la ponction lombaire est positive et permet de constater de la polynucléose. Schulze, tout en reconnaissant qu'il y a des cas indéniables de méningites otogènes guéries à la suite d'interventions, conclut cependant qu'en raison de l'absence d'indications opératoires positives ces

interventions doivent être considérées comme contre-indiquées.

L'opinion de ces abstentionnistes a été vivement combattue, depuis une dizaine d'années, par plusieurs auteurs s'appuyant sur les faits favorables, dont le nombre va en se multipliant.

Les premiers succès enregistrés sont ceux de Macewen, Jansen, Lucas. Macewen, en 1898, obtient la guérison dans un cas par l'ouverture large de la fosse cérébrale moyenne et le drainage de l'espace sous-arachnoïdien. Puis viennent les observations de Gradenigo (1901), de Broca et G. Laurens (1901), de Kümmel-Hinsberg, de Sokolowsky, de Voss, de Malgran, celles de Lermoyez et Bellin (1904), qui provoquent l'attention en France, etc.; enfin les cas tous récents de Lannois et Perretière (1906), Crocquett (1906), Lapointe (1906), Neumann, de Massary et Weil, Paul Laurens (1907), Barker (1908). Nous avons reproduit la plupart de ces observations dans notre thèse; l'historique de la question a été fait complètement dans l'article de MM. Lannois et Perretière et dans la thèse de Moner.

Il nous reste maintenant à examiner les méthodes thérapeutiques préconisées par les auteurs; puis nous tâcherons de classer les faits et de dégager quelques indications générales.

B. LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES. — 1° *Interventions sur le foyer infectieux causal.* — C'est là un point essentiel et sur lequel tout le monde est d'accord: il faut agir avant tout sur le foyer auriculaire lui-même, qui est la cause initiale de tous les accidents. Dans les observations que nous avons rassemblées dans notre thèse, les auteurs ont cherché toujours à réaliser cette indication. Labbé et Froin, De Massary et Weil se sont bornés à une simple paracentèse du tympan, mais dans des cas d'une particulière bénignité. En général l'intervention a été plus complète: elle a consisté soit dans l'antrotomie combinée à la paracentèse (Gradenigo), soit dans l'évidement pétro-mastoidien avec mise à nu de la dure-mère, ouverture d'abcès extraduraux (Sokolowsky, Neumann, etc.).

2° *Incision de la dure-mère. Drainage sous-arachnoïdien. Interventions complexes.* — Doit-on, dans un premier temps, intervenir sur le foyer auriculaire et franchir la dure-mère, ou

bien ne doit-on inciser celle-ci que dans un deuxième temps, si la suppression du foyer infectieux n'a pas amené d'amélioration? Telle est la question qui se pose ici et qui a été l'origine de discussions très vives.

Voss se prononce pour l'opération en deux temps et ne veut ouvrir les espaces arachnoïdiens que si les symptômes continuent à s'aggraver malgré l'ouverture du foyer osseux et la ponction lombaire. Lermoyez soutient aussi que « la première étape de la chirurgie doit s'arrêter à la dure-mère et ne pas la franchir ce jour-là, quelque intense que paraisse être la méningite ». Il formule avec Bellin les règles suivantes : 1° faire l'évidement large de l'oreille moyenne et découvrir la dure-mère sans la franchir ; 2° en cas d'échec de l'intervention précédente, mais dans ce cas seulement, franchir la dure-mère pour pénétrer dans l'espace sous-arachnoïdien ; 3° pratiquer et répéter systématiquement la ponction lombaire.

De même pour A. Broca, si les symptômes méningés apparaissent au cours d'une oto-mastoidite qui n'a pas encore été opérée, il faut s'en tenir à l'évidement pétro-mastoidien et « n'entrer d'emblée dans le crâne que si on y est conduit en suivant de proche en proche les lésions. Dans le cas contraire, on n'ira plus loin que dans un deuxième temps, si au bout de vingt-quatre et quarante-huit heures les accidents encéphaliques ne sont pas amendés ».

Bien des auteurs n'admettent pas cette temporisation, qu'ils jugent dangereuse. Hinsberg et Kümmel préconisent l'incision durale ; c'est aussi l'opinion de Sieur, de Lapointe. MM. Lannois et Perretière établissent la ligne de conduite que voici : 1° suppression du foyer auriculaire ; 2° ouverture de la fosse cérébrale et cérébelleuse et mise à nu de la dure-mère ; 3° incision de la dure-mère et drainage de la cavité arachnoïdienne cérébro-cérébelleuse ; 4° ponction lombaire qu'on renouvellera au besoin.

Telles sont les deux méthodes en présence : il nous semble que toutes deux doivent trouver leurs indications respectives. L'argument capital des temporisateurs est que l'incision durale est quelquefois inutile et surtout qu'elle peut être dangereuse en mettant les espaces sous-arachnoïdiens en commu-

niation avec un champ opératoire très septique; cela est parfaitement exact si l'on envisage les cas où le syndrome méningitique est dû à une réaction méningée aseptique puriforme ou non : inciser la dure-mère est inutile, puisque, somme toute, c'est là une complication relativement bénigne qui a toutes chances de guérir par la simple suppression du foyer infectieux causal, et de plus cela est dangereux, puisque l'on risque de transformer ainsi une réaction aseptique en une méningite microbienne grave. — Les partisans de l'opération en un seul temps disent qu'à la suite du nettoyage auriculaire on n'a souvent qu'une amélioration apparente et trompeuse, que l'on peut laisser échapper ainsi un foyer infectieux intradure-mérien ou un abcès encéphalique, qui, dans les jours suivants, pourront déterminer des accidents rapidement mortels (cas de Lannois et Perretière, de Caussade). — De plus, lorsqu'il est bien établi que l'on se trouve en présence d'une méningite bactérienne purulente, la temporisation perd encore de ses droits : là, l'incision de la dure-mère ne risque plus d'infecter un milieu déjà septique, et elle peut alors devenir la condition nécessaire de la guérison. La clef d'une indication thérapeutique aussi délicate ne peut être donnée ici que par la ponction lombaire et l'examen approfondi du liquide céphalo-rachidien, dont nous avons signalé l'importance dans la première partie de ce travail.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les interventions plus complexes qui ont pu être pratiquées. Kiel avait proposé d'établir à la fois une ouverture crânienne et une contre-ouverture lombaire (laminectomie). G. Laurens a fait des lavages cranio-rachidiens, l'eau introduite par l'orifice crânien ressortant par la voie lombaire. Edward Bradeford a pratiqué le drainage ventriculaire. Haberer a fait de larges craniectomies et enlevé les parties cérébrales superficielles malades. Toutes ces opérations compliquées n'ont d'ailleurs été suivies que d'insuccès.

3° *Ponctions lombaires. Injections colloïdales intrarachidiennes.* — a. *Ponctions lombaires.* — La ponction lombaire, qui est si utile pour le diagnostic, est en même temps un précieux moyen thérapeutique. Dans quelques cas même,

elle fut employée avec succès, à l'exclusion de toute autre intervention (Malgran, Schultze); mais ce sont là des cas exceptionnels, et en général elle ne peut être considérée que comme un adjuvant de la suppression du foyer infectieux, qui demeure l'intervention capitale. Elle agit non seulement par décompression, mais aussi par soustraction d'une certaine quantité de produits toxiques et infectieux, soustraction favorisant le renouvellement du liquide céphalo-rachidien, auquel certains auteurs avaient voulu reconnaître des propriétés bactéricides : quoi qu'il en soit de celles-ci, qui sont contestables, ainsi que nous l'avons montré avec MM. Lannois et Lesieur, on peut considérer que la ponction lombaire, quand elle est répétée, réalise un drainage intermittent de l'espace sous-arachnoïdien et favorise la réaction défensive.

b. *Injectons intrarachidiennes.* — Ce procédé, utilisé d'abord dans la méningite cérébro-spinale épidémique, a été appliqué récemment par Paul Laurens à la méningite otogène. On emploie les préparations d'argent colloïdal chimique (collargol) ou électrique (électrargol). Ces injections intrarachidiennes se font généralement aussitôt après avoir fait une ponction lombaire. La dose de solution colloïdale employée est en général de 5 centimètres cubes : on peut répéter l'injection les jours suivants, si les symptômes persistent, et même augmenter la dose, si la réaction fébrile consécutive à la première injection n'a pas dépassé 4° à 4°,5.

L'argent colloïdal possède une triple action : 1° physique, catalytique; 2° bactéricide (plus marquée pour l'électrargol); 3° physiologique. Cette dernière consiste dans l'augmentation énorme et passagère du nombre de leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien (Widal et Ramond). Cette réaction est salutaire dans la méningite bactérienne; il est aisé de comprendre, par contre, que son existence contre-indique l'emploi de l'argent colloïdal dans les réactions aseptiques : ici on n'obtiendrait qu'une aggravation du processus.

On a beaucoup discuté sur la valeur comparée du collargol et de l'électrargol. Les indications de l'une ou l'autre forme sont encore bien imprécises aujourd'hui (thèse de Pernod). Paul Laurens donne cependant la préférence à l'électrargol,

qui est isotonique pur, stérile, stabilisé et qui jouit d'une innocuité absolue.

C. INDICATIONS GÉNÉRALES. — Nous avons exposé les opinions des divers auteurs ayant écrit sur le traitement de la méningite otogène. Peut-on tirer de l'examen des théories et des faits quelques conclusions et formules, quelques indications thérapeutiques générales ?

Un premier point, hors de discussion aujourd'hui, est qu'il n'est plus permis de rester inactif en face de la méningite d'origine otique. Ainsi que l'a dit Lermoyez, il faut toujours intervenir, à moins que l'affection ne soit arrivée à la période du coma terminal.

Deux principes généraux s'imposent : 1° c'est d'abord *l'établissement d'un diagnostic précoce* (par la ponction lombaire) et *l'intervention d'urgence*, aussitôt le diagnostic posé. C'est pourquoi les méningites latentes sont si graves : quand elles se manifestent, il est déjà trop tard ; 2° *c'est la suppression aussi radicale que possible du foyer infectieux auriculaire*.

Pour le reste, la ligne de conduite différera suivant qu'on aura affaire à une méningite septique ou à une réaction méningée aseptique (renseignement fourni par la ponction lombaire).

a. *Dans la méningite septique*. — Si les indications sont imprécises, si la méningite semble diffuse d'emblée, si le liquide est clair ou peu louche, on pourra suivre le conseil de Paul Laurens, c'est-à-dire pratiquer la ponction lombaire répétée et employer les injections intrarachidiennes d'électrargol.

Dans les autres cas, combiner l'incision de la dure-mère crânienne et le drainage de la fosse cérébro-cérébelleuse avec la ponction lombaire répétée.

b. *Dans la réaction méningée aseptique*. — Outre la suppression du foyer infectieux causal, on devra se contenter de la ponction lombaire répétée et surtout *se garder de toute injection intrarachidienne colloïdale qui ne ferait qu'aggraver les accidents* (de Massary et Weil).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS.

Séance du 8 janvier 1909.

Président : MAHU.

ROBERT FOY. — **Appareil dilateur des ailes du nez.** — Fait d'un simple ressort nickelé, cet appareil ne prend point d'appui qu'à la face interne des ailes du nez, sans toucher à la cloison. Ses avantages sont : mise en place des plus faciles ; impossibilité pour les ailes du nez de s'appliquer contre la cloison à l'inspiration, attirées par le vide thoracique ; possibilité des exercices de résistance développant les ailes du nez, celles-ci se contractant activement sur le ressort. Enfin cet appareil peut être gardé non seulement pendant les exercices de rééducation, mais au besoin toute la journée.

A. COURTADE. — **Dilatateur des narines.** — Mon dilateur se compose d'une ellipse très allongée, ayant la forme et la dimension d'une narine normalement ouverte, en acier mince élastique et qui exerce une action dilatante continue sur les parois opposées. Un crochet recourbé qui embrasse la sous-cloison maintient l'appareil et l'empêche de remonter dans la fosse nasale. Un revêtement de caoutchouc évite la rouille.

Cet instrument est très utile pour parer au rétrécissement de l'orifice narinaire par une déviation du bord antérieur de la cloison, et les tracés de la respiration pris avec mon pneumodographe avant et après l'application en montrent bien les bons résultats. S'il est nécessaire de dilater les deux narines, comme dans l'aspiration bilatérale des ailes du nez, on peut relier les deux ellipses par un étrier qui embrasse la sous-cloison.

J. GLOVER. — La quinine dans la toux spasmodique nocturne de la grippe laryngo-trachéale. — Les moyens thérapeutiques employés par le laryngologiste sont très souvent totalement impuissants à combattre la toux post-grippale sans fièvre à forme parfois spasmodique et surtout nocturne. Quel que soit son mode d'action en pareil cas, action vasculaire, vaso-constrictive, etc., le sulfate de quinine est ordinairement le seul remède, qui, à dose élevée de 0^{gr},75 à 1 gramme, durant plusieurs jours consécutifs, a raison de ce phénomène parfois opiniâtre et fort pénible.

JULES GLOVER. — Fonction amygdalienne. Troubles vaso-trophiques nasaux et pharyngiens. Opothérapie. — En dehors des phénomènes infectieux, on observe des troubles vaso-moteurs et sécrétoires, ainsi que trophiques, au niveau des muqueuses nasale et pharyngée. Des troubles du même ordre peuvent se produire au niveau des amygdales palatines et pharyngées, passagèrement plus ou moins développées, turgescents, sans qu'il existe de fièvre, d'adénopathie douloureuse, sans que l'analyse bactériologique du mucus amygdalien ne décèle d'autres micro-organismes observés à l'état normal.

Enfin il est assez habituel de constater une notable diminution du volume des amygdales palatines, rouges, mollasses, coïncidant avec une amygdale pharyngée hypertrophiée, après l'ablation de cette dernière. Parfois même la réduction de volume des deux amygdales palatines est assez marquée pour dispenser dans la suite de toute intervention sur celles-ci.

Si l'on se base sur la coordination fonctionnelle des glandes à sécrétion interne, on peut admettre dans ces cas une suppléance compensatrice, une hypertrophie par corrélation dans le but d'une accommodation fonctionnelle, en vue de l'harmonie entre les organes. On a, en effet, décrit le syndrome de Basedow chez les adénoïdiens. On a cru devoir considérer à des degrés variables les végétations adénoïdes, les hypertrophies amygdaliennes comme un signe de myxœdème, et non point comme certains, qui en faisaient à tort de la tuberculose primitive.

Et si la fonction de certaines glandes à sécrétion interne, comme la thyroïde, vu son rapport avec la croissance, comme l'hypophyse, vu son rapport avec le gigantisme, a une portée réelle sur la croissance et le développement de l'organisme, il n'y a pas lieu de s'étonner d'observer des perturbations fonctionnelles glandulaires plus ou moins prononcées et des poussées de croissance lorsqu'on supprime trop radicalement les amygdales, les adénoïdes.

Il semble résulter de ces considérations cliniques qu'il est permis d'envisager dans leurs rapports les perturbations glandulaires dans les troubles vaso-trophiques, naso-pharyngiens, au même titre que les mêmes troubles vaso-trophiques par perturbations glandulaires. Et c'est ainsi que l'on se trouve conduit à admettre qu'il existe ici des troubles glandulaires, conséquence de troubles nerveux, commandés sans doute par le grand sympathique.

En ce qui touche l'origine nerveuse très probable de ces troubles, on ne peut s'empêcher de remarquer qu'il y a, en clinique, une corrélation frappante entre un certain nombre de signes enregistrés, d'une part, chez les jeunes sujets présentant des caractères d'insuffisance, de suppléance glandulaire et les signes cliniques, que l'on relève, d'autre part, chez les sujets considérés comme des héréditaires de la goutte, névrose vaso-trophique du grand sympathique. Ces sujets subissent un arrêt plus ou moins prononcé du développement de l'organisme durant l'enfance ou l'adolescence.

C'est parfois une dystrophie générale avec retard sur les tables de tailles et de poids de Variot et Chaumet. Ils ont une pression artérielle faible, de l'hypothermie, mains et pieds froids, sueurs locales, pâleur, œdèmes, spasmes, épistaxis et hémorragies pharyngées, point opsonique oscillant entre 1,30, 2 et 3 au lieu de 5, densité des urines élevée à 1025, 1030 et plus, hypoacidité, hypo et hyperphosphatie avec fermentations gastro-intestinales, etc.

L'opothérapie a, dans ces cas, atténué les troubles vaso-trophiques d'une façon marquée et parfois les a fait disparaître en même temps que se produisait une amélioration de l'état général. Les résultats ont été différents suivant que la méthode était appliquée à l'aide d'un seul suc organique ou suivant qu'elle était mixte et associée. Enfin il semble qu'il y ait lieu de remarquer que, en ajoutant à l'opothérapie l'acide phosphorique à doses assez élevées, le sesquiphosphate, le nucléinate de soude dans le but de provoquer une action névrosthénique et l'hyperleucocytose, la dose opothérapique pouvait être de beaucoup réduite, et par suite nullement toxique durant un traitement prolongé, pour obtenir les mêmes effets locaux et généraux tant au point de vue de la thermogénèse que de la dynamogénèse.

Enfin, associé à la thyroïdine et à l'hypophyse et utilisé seul, le suc amygdalien a été employé dans un certain nombre de cas de dystrophies amygdaliennes chez des enfants de 5 à 15 ans.

Avec ces divers traitements opothérapiques s'est produit un retrait assez rapide de l'hypertrophie amygdalienne en intervenant seulement sur l'amygdale rétro-nasale et même parfois sans

aucune intervention chirurgicale, lorsqu'il n'existait aucune indication pressante d'opérer. Les otoscléroses ne se sont pas jusqu'ici modifiées.

LERMOYEZ. — Les essais de traitement opothérapiques des adénoïdiens datent de plus de dix ans. Cette question semble avoir été introduite dans la science par Hertoghe (d'Anvers), vers 1898.

Hertoghe considérait l'appauvrissement thyroïdien, autrement dit le myxœdème, comme la cause première des végétations adénoïdes, de l'hypertrophie des amygdales, de la rhinite hypertrophique. Pour lui, aucun lien de cause à effet entre les végétations adénoïdes et les troubles de croissance. Ces deux phénomènes coexistent, voilà tout. Ils découlent tous deux d'une même source pathogénique, l' inanition thyroïdienne.

Rivière, Delacour, reprirent cette théorie et la soutinrent. Or, du moment que l'adénoïdisme était une conséquence de la cachexie strumiprive, il devait naturellement découler de cette conception un essai de traitement opothérapique par les produits thyroïdiens.

Ces auteurs prescrivirent donc aux adénoïdiens la thyroïdine, soit comme traitement exclusif, soit comme traitement complémentaire du curettage du cavum.

Il semble que cette thérapeutique ait eu peu de succès, car ses promoteurs ne trouvèrent pas d'imitateurs. D'ailleurs, l'opothérapie, médication toxique, lente et infidèle en l'espèce, ne pouvait lutter contre les résultats rapides et inoffensifs de l'adénotomie.

Cette très intéressante question a depuis longtemps fixé mon attention. La théorie d'Hertoghe s'écroule devant ce fait si banal que l'ablation des végétations adénoïdes suffit à elle seule à faire disparaître tous les troubles de croissance, d'hématopoïèse, de nutrition, dont souffrent les adénoïdiens, sans que rien n'ait été fait pour modifier médicalement la prétendue insuffisance thyroïdienne dont pâtiraient les porteurs d'adénoïdes. Ce sont donc bien les végétations adénoïdes qui sont la cause première des troubles généraux associés.

Mais où je m'écarte de la majorité des auteurs, c'est quand ceux-ci accusent les végétations adénoïdes d'agir mécaniquement, par simple obstruction, en entravant l'aération pulmonaire et en troublant la circulation de l'encéphale.

Accepter exclusivement cette donnée simpliste me paraît n'envisager qu'une des faces de la question. Il est évident que l'obstruction des voies aériennes et auriculaires est une cause de dyspnée et de dysacousie : mais beaucoup d'autres troubles ne peuvent se contenter de cette explication. Il nous est arrivé à tous de voir des

enfants se développer, se transformer physiquement et intellectuellement, ressusciter en quelque sorte, à la suite de l'ablation de petites végétations adénoïdes, en réalité fort peu obstruantes. Or, dans ces cas, l'obstacle mécanique ne pouvait être considéré comme facteur tout au moins unique des troubles de l'état général.

En opposition avec ces faits de végétations peu obstruantes et néanmoins atrophiant le squelette de ceux qui les portent, je place les cas d'obstruction congénitale des choanes, par diaphragmes fibreux ou osseux. Ici l'obstruction nasale est absolue, ce qui jamais n'arrive même dans les cas de très grosses végétations : et cependant de tels sujets ne présentent pas de troubles de croissance. Cette contradiction paradoxale, que, comme d'autres, j'ai plusieurs fois constatée, me paraît singulièrement instructive.

Pour toutes ces raisons, nous sommes en droit d'admettre que le tissu adénoïde des végétations et des amygdales, tout au moins quand il subit l'hypertrophie que cliniquement nous considérons comme pathologique, donne lieu à une sécrétion interne toxique, à la production et à la résorption d'une substance empêchante de croissance, surtout active vis-à-vis du système nerveux. Il doit certainement y avoir chez ces malades de l'hyperadénoïdisme, de même que chez les basedowiens il existe de l'hyperthyroïdisme, qui cause des troubles dyspeptiques graves, de l'affolement nerveux et une dénutrition rapide.

Et c'est ainsi que je puis m'expliquer que l'ablation de petites végétations ait un résultat si inattendu, car les effets d'hyperadénoïdisme ne doivent pas seulement dépendre de la quantité du tissu adénoïde malade, mais aussi de la qualité de cette hypertrophie.

Seule l'expérimentation pourrait établir cette théorie, vraisemblable mais non démontrée.

Avec l'aide du professeur Roger, j'avais entrepris, il y a quelques années, une série d'expériences qui consistaient à nourrir dans une même portée de petits lapins quelques animaux avec des aliments mêlés de végétations adénoïdes fraîches. Les résultats en furent négatifs : mais, en ce moment, je les reprends dans des conditions qui me paraissent meilleures.

Si mes nouvelles expériences donnent des résultats probants, l'indication de l'opothérapie — tout au moins de l'opothérapie adénoïdienne — pourra être discutée chez les adéno-amygdaliens. Mais, étant donnée la toxicité de cette thérapeutique, je pense que mieux vaut surseoir à sa prescription tant que des faits décisifs ne nous auront pas autorisés à l'employer.

GLOVER. — A-t-il été précisé une posologie opothérapique quelconque?

LERMOYEZ. — Je l'ignore.

GLOVER. — Une posologie basée sur la clinique est cependant de la plus haute importance. Elle est indispensable dans l'enregistrement des recherches cliniques et thérapeutiques sur ce sujet, si l'on veut le contrôle méthodique des faits, surtout en présence des variations d'effets des divers suc organiques, même lorsqu'ils proviennent de la même source. J'ai employé en médication souvent mixte la thyroïdine à 0,05 et 0,10, l'amygdale à 0,50, l'hypophyse et les capsules surrénales à 0,30 en associant.

Les colloïdes et glucosides que doivent contenir les suc organiques faisant, de ceux-ci, des produits pouvant devenir toxiques à doses élevées, lorsqu'on en continue l'emploi durant un certain temps, j'ai donné en même temps l'acide phosphorique, qui m'a paru permettre de réduire au tiers la dose opothérapique active.

HAUTANT. — 1° Labyrinthite à forme vestibulaire. Retour des fonctions vestibulaires à la suite d'un évidement simple. — Résultat opératoire d'un malade présenté à la dernière séance : suppuration de Shrapnell avec vertiges et abolition fonctionnelle des canaux. Évidement simple, petit cholestéatome et ostéite au-dessus de la partie horizontale du facial. Quinze jours après, la pression de la paroi labyrinthique au-dessus de la portion horizontale du facial provoque du nystagmus, retour de l'excitabilité calorique, accroissement de la valeur du nystagmus, de rotation, surtout du côté malade.

2° Labyrinthite suppurée gauche. Trépanation du labyrinthe. Guérison. — Otorrhée chronique traitée par l'évidement. Au cours des pansements, paralysie faciale légère qui disparaît, puis destruction fonctionnelle des deux parties du labyrinthe. Pas de phénomènes généraux ni méningés. Seconde intervention : l'examen au stylet fait sourdre du pus au niveau de la fenêtre ovale. Trépanation du promontoire, évacuation du pus. Fistule et ostéite au niveau du canal horizontal, curettage en bloc des canaux. Guérison en quatre semaines et datant de dix mois.

MUNCH. — Opération de la sinusite maxillaire sous anesthésie régionale. — Munch opère la sinusite maxillaire suppurée chronique sous anesthésie régionale. Il injecte une solution faible de cocaïne dans le tronc du nerf maxillaire supérieur, à la base du

crâne, là où, émergeant par le trou grand rond, le nerf aborde la fosse ptérygo-maxillaire. Tout le massif maxillaire supérieur se trouve alors insensibilisé, et l'on peut opérer par le procédé de Caldwell-Luc, sans que le malade ressente aucune douleur. En outre, les suites sont très bénignes et la convalescence plus rapide que lorsqu'on intervient sous chloroforme.

G.-A. WEILL. — Résection des éperons de la cloison nasale. Instruments. Technique. Pansements. — A. Présentation de scies endonasales faites d'une lame d'acier laminé emboutie en gouttière; ces scies très minces sont très rigides, coupantes et ne s'enclavent pas; il faut une scie de chaque côté.

B. Inciser horizontalement la muqueuse le long du sommet de la crête, puis en avant verticalement sur 10 à 15 millimètres. Détacher la partie antérieure du lambeau à la sonde cannelée. Attaquer l'éperon de bas en haut, limiter la section aux parties dures; achever l'exérèse par torsion pour ménager le plus possible de muqueuse.

C. Introduire à plat une mèche doublée; replacer le spéculum entre les deux chefs et pousser du pengawar dans l'intervalle. Après quarante-huit heures, retirer le pengawar seulement; puis un ou deux jours après, la bandelette en tirant sur le chef externe.

Séance du 12 février 1909.

Président : MAHU.

A. CASTEX. — I. Pharyngotomie sous-hyoïdienne pour un épithéliome de l'épiglotte. — M. Castex présente un de ses opérés âgé de 54 ans, dont toute l'épiglotte était envahie par une tumeur maligne qui empiétait un peu sur la partie voisine de la base de la langue. Comme les ganglions n'étaient pas envahis, il a pratiqué l'ablation de la tumeur, principalement pour faire cesser les douleurs très pénibles que causait la déglutition. Il a eu recours à la pharyngotomie sous-hyoïdienne, parce qu'elle donne une large voie d'accès. La tumeur fut enlevée au thermocautère. Pour empêcher l'écartement des lèvres de la brèche opératoire, il a placé de chaque côté un gros fil d'argent qui, traversant les parties molles périthyroïdiennes, passait par-dessus l'os hyoïde, formant ainsi une anse dont les deux bouts s'entortillaient au dehors de l'incision. Une sonde œsophagienne fut mise en place, passant par une] des narines. Suites opératoires très bonnes. Pas de gêne pour la déglutition, malgré la suppression de l'épiglotte.

Le résultat a été tout différent pour un deuxième opéré dont le cas était analogue. Il était brusquement emporté trente-six heures après par une oppression intense à siège pulmonaire.

Se fondant sur cette observation et sur celle d'une laryngectomie où la trachée avait été cependant abouchée à la peau, M. Castex pense que quelques-unes de ces morts rapides sont explicables par un œdème pulmonaire brusque et diffus dont la cause est peut-être un réflexe parti du pneumogastrique et de filets sympathiques irrités au niveau du pharynx.

II. Fixation opératoire d'un pavillon dévié. — Une fillette de 9 ans avait le pavillon de son oreille gauche renversé en avant de façon disgracieuse. M. Castex a disséqué la peau de sa face interne et toute la région mastoïdienne largement; puis, disposant un drain vertical dans le sillon rétro-auriculaire, il a suturé dans toute leur étendue les deux surfaces cruentées, non sans passer les catguts dans les cartilages du pavillon et le périoste de la région mastoïdienne, sans quoi le pavillon reprenait sa position défectueuse. En cours d'opération, M. Castex a pu s'assurer que le conduit auditif externe, pas plus que l'oreille moyenne, ne s'étaient fermés. Le résultat opératoire est satisfaisant, comme on peut s'en rendre compte d'après la photographie prise avant l'intervention.

Outre ces deux opérés, M. Castex présente quelques malades dont le cas vaut un examen:

Deux enfants, fille et garçon, *hérédo-syphilitiques*, sans parenté entre eux, présentant des dents d'Hutchinson avec malformation du septum nasal, kératites interstitielles et arrêt de croissance.

Une femme de 71 ans portait un *carcinome de la fosse nasale gauche* dont l'évolution a été retardée par les attouchements à l'adrénaline.

Deux cas de *paralysie de la corde vocale gauche* dus, l'un à de la syphilis cérébrale, l'autre à une adénopathie trachéo-bronchique.

Une *raucité vocale par amyotrophie ancienne* des deux cordes, suite de pneumonie infectieuse.

Enfin un cas de *papillome kératinisant* du larynx chez un homme de 46 ans.

GROSSARD présente pour le diagnostic:

4° Un homme de 50 ans porteur d'une **vaste ulcération ayant perforé la face inférieure du voile du palais et envahi le maxillaire supérieur**, provoquant une forte contracture des mâchoires. L'auteur avait pensé d'abord à un épithélioma; mais la rapidité de la

destruction des tissus et surtout l'amélioration du sujet par un traitement ioduré mercuriel, malgré la négation d'accidents primaires, fait hésiter Grossard sur l'affirmation d'un diagnostic cancéreux.

2° Une jeune fille de 20 ans (observation recueillie par le Dr Parret) atteinte depuis six ans d'une **aphonie présentant l'aspect d'une névrose laryngée**.

Tous les moyens habituels dirigés pour ramener la voix ayant échoué, l'examen porta plus particulièrement sur l'état général et fit penser que cette aphonie doit avoir pour cause une compression du récurrent par un lobe thyroïdien hypertrophié chez une *basedowienne*, dont la malade présente la plupart des symptômes : projection, en avant, des lobes oculaires ; signe de Steelwag ; signe de Græfe — *tachycardie*).

3° Un malade atteint de *paralysie de la corde vocale gauche*, due probablement à une arthrite crico-aryténoïdienne d'origine tuberculeuse.

KOENIG. — Petite fille de 8 ans, qui présente une **cicatrisation complète de la paroi postérieure du pharynx buccal** ; les piliers postérieurs sont soudés dans la ligne médiane, ne permettant de passer dans le rhino-pharynx qu'une sonde de 7 millimètres de diamètre. L'enfant offre tous les symptômes de l'insuffisance respiratoire nasale. Cet état serait le résultat d'une double amygdalotomie faite il y a quelques années.

CARTAZ est d'avis qu'il est bien difficile de faire quelque chose pour cet état, mais que seul un appareil prothétique *permanent* pourrait peut-être donné une amélioration.

PAUL LAURENS présente un trocart-emporte-pièce qu'il a fait construire par la maison Collin pour réaliser l'*ouverture du sinus maxillaire* par la voie nasale diamétrique inférieure. Il obtient avec cet instrument une ouverture large.

LERMOYEZ. — **Polype du sinus maxillaire**. — M. Lermoyez montre une pièce anatomique confirmant la théorie de Killian, qui place dans le sinus maxillaire le point de départ des polypes fibromuqueux du naso-pharynx.

Ce polype du volume d'un œuf de pigeon obstruait le pharynx nasal et sortait par la choane droite. Quelques années auparavant, la malade avait mouché du pus vert fétide par la narine droite à la suite d'une carie dentaire accompagnée de fluxion. Au moment où elle vint consulter, l'écoulement purulent avait cessé ;

mais la diaphanoscopie montrait encore une obscurité du sinus maxillaire droit.

L'ablation de la tumeur se fit en introduisant dans le méat moyen un crochet au niveau de son pédicule; l'arrachement provoqua une douleur vive qui se localisa à la joue et aux dents correspondantes.

La pièce présentée se compose d'une tumeur ovoïde qui occupait le pharynx nasal, d'un ruban intermédiaire qui se trouvait dans le méat moyen et d'une partie en éventail qui occupait le sinus maxillaire et qui, sur la pièce fraîche, avait la consistance d'une poche kystique rompue.

LERMOYEZ. — Tuberculose nasale. — M. Lermoyez présente une malade atteinte de tuberculose nasale végétante ayant amené une obstruction nasale complète depuis plus d'un an et occupant la partie antérieure des fosses nasales. M. Lermoyez l'a traitée par le procédé qu'il emploie actuellement en pareil cas, à savoir : décollement de l'aile du nez pour se donner du jour; résection systématique de tout le cartilage de la cloison; curettage énergique des cornets inférieurs et du plancher.

Quinze jours après l'opération, la malade peut être considérée comme à peu près guérie. Il n'y a ni cicatrice visible extérieure, ni modification dans la forme du nez, malgré la résection de tout le cartilage quadrangulaire.

Ce procédé donne des guérisons beaucoup plus rapides que le procédé classique qui consiste à pratiquer des curettages des régions malades par les orifices naturels. La supériorité de l'exérèse s'affirme dans le cas présent par l'absence de toute récurrence, même après six mois, au niveau de la cloison, tandis qu'il existe encore des zones tuberculeuses restreintes au niveau de la face interne des narines et au niveau de la sous-cloison, qui n'ont pu être reséquées et n'ont subi que des curettages.

Ce procédé rapide de guérison par exérèse n'est évidemment applicable qu'aux tuberculoses étendues.

LERMOYEZ. — Immobilisation d'une corde vocale. — MM. Lermoyez et Poyet présentent une malade au sujet de laquelle ils voudraient avoir l'avis de la Société.

Il s'agit d'une femme qui fut prise vers le 13 janvier d'une douleur violente de la déglutition et d'enrouement. On constata quelques jours après une rougeur vive du larynx avec des ulcérations

aphteuses symétriques au-devant des aryténoïdes. Ces aphtes ont aujourd'hui disparu.

Huit jours plus tard se produisit une forte infiltration de l'aryténoïde gauche, en même temps que la corde vocale gauche s'immobilisait en position intermédiaire.

Aujourd'hui l'immobilisation de la corde persiste, bien que l'aryténoïde ait repris son volume normal.

Deux hypothèses peuvent expliquer ce cas. Ou bien il s'agit d'une paralysie du récucrent gauche pour laquelle on ne peut trouver d'autre explication qu'une névrite *a frigore*. Ou bien il s'agit d'une arthrite aiguë crico-aryténoïdienne consécutive à une infection de la muqueuse laryngée. En faveur de cette dernière hypothèse plaident la douleur violente de la déglutition ressentie par la malade et le gonflement aryténoïdien gauche.

On remarquera la rapidité avec laquelle s'est faite la compensation vocale : car il n'a fallu que quelques jours à la corde saine pour dépasser la ligne médiane et venir s'affronter avec la corde immobile.

MAHU. — Cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par voie nasale. — Mahu présente : 1° les instruments décrits dans la *Presse médicale* (n° 12 du 10 février 1909), savoir : une *cisaille perforatrice* fine et des *curettes à tiges malléables*, à l'aide desquelles il arrive, par la voie nasale, à trépaner la paroi sinuso-nasale après résection partielle ou totale du cornet inférieur et à curetter le sinus maxillaire ;

2° Une femme de 30 ans opérée par ce procédé le 20 janvier dernier et actuellement guérie. Cette malade ayant refusé le chloroforme fut opérée sous cocaïne et l'opération faite en deux séances : première séance, résection du cornet inférieur au rabot ; deuxième séance, quinze jours plus tard, trépanation et curettage du sinus ; cette dernière intervention ne dura que huit à dix minutes, et le choc opératoire fut à peu près nul.

MAHU. — Une nouvelle pince à épiglote. — M. Mahu présente ensuite un instrument très léger, de courbure convenable, destiné à saisir l'épiglotte et à la maintenir, ramenée en avant par le propre poids de l'instrument, lorsque la forme défectueuse de cet opercule masque la vue des cordes vocales.

PASQUIER. — Obstruction membraneuse complète de l'extrémité externe du conduit auditif, accompagnée d'otorrhée, provo-

quant des crises d'épilepsie. — Pasquier présente une petite fille, âgée de 8 ans, qui, à l'âge de 10 mois, fut atteinte simultanément de pneumonie, de varicelle et de rougeole. Il se produisit une otite moyenne suppurée droite, et, à la sortie de l'hôpital, les parents remarquèrent que le conduit auditif externe était complètement obstrué, alors qu'à la naissance il était normalement conformé.

Depuis cette époque l'enfant a toujours présenté de la suppuration de l'oreille droite. Le pus s'écoule par un trajet fistuleux imperceptible à travers la membrane obturatrice du conduit. Parfois cette fistule se ferme ou est insuffisante à l'écoulement du pus, qui descend alors par la trompe d'Eustache, et l'enfant le crache.

Quand la fistule et la trompe d'Eustache sont elles-mêmes obstruées, il se produit de la rétention du pus, occasionnant de vives douleurs dans la moitié correspondante de la tête et deux fois des crises d'épilepsie, avec contractures et secousses convulsives de tout le côté gauche.

GENDREAU. — Traitement de l'ozène par l'étincelle condensatrice de haute fréquence. — Présentation de deux malades atteints d'ozène depuis de nombreuses années et traitées, d'après les conseils de M. le professeur agrégé Zimmern, par l'étincelle condensatrice de haute fréquence.

La technique employée est la suivante :

La petite électrode condensatrice, montée sur le manche de Biseri et reliée au grand résonateur d'Oudin, est introduite pendant cinq minutes dans chaque fosse nasale, avec une longueur d'étincelles de 1 à 2 centimètres, trois séances par semaine.

Ces malades, présentés après douze séances, sont très améliorés et peuvent être même considérés comme guéris. Ils n'exhalent plus d'odeur fétide, ne rejettent plus de croûtes ; leur respiration nasale est libre, et même l'un d'eux a retrouvé l'odorat.

Il semble donc qu'il y ait là un nouveau traitement de l'ozène capable d'améliorer, sinon de guérir, cette affection si rebelle jusqu'alors aux moyens thérapeutiques employés.

Séance du 10 mars 1909.

Président : MAHU.

LUC. — Contribution à la septicémie d'origine auriculaire. — Ce travail repose sur deux faits. Le premier concerne un garçon de 11 ans, chez lequel les accidents septicémiques éclatèrent au dixième jour d'une otite moyenne suppurée, d'origine mal déterminée, sous forme d'une fièvre à grandes oscillations.

Comme il y avait de la sensibilité mastoïdienne à la pression, Luc pratiqua l'ouverture de l'antre sans y trouver de pus.

La fièvre persistant, dans deux nouvelles interventions, il réséqua la totalité de la mastoïde, puis ouvrit le sinus latéral et le golfe de la jugulaire, mais n'y trouva que du sang en active circulation.

Le Dr Netter, appelé en consultation, pratiqua une première injection intraveineuse de collargol. Non seulement la fièvre persista, mais le tableau clinique de la septicémie fit place à celui de la méningite, et effectivement une ponction lombaire établit la réalité de l'infection méningée.

Alors, alternativement, d'un jour à l'autre, on injecta du collargol dans une veine et dans l'espace sous-arachnoïdien ; mais l'infection alla s'accroissant et l'enfant succomba au bout de peu de jours, après avoir présenté des battements cardiaques de plus en plus tumultueux et faibles et finalement de la réfrigération périphérique.

L'examen du sang et du liquide rachidien y révéla la présence du streptocoque et du staphylocoque.

Le second malade, un homme de 36 ans, était à la septième semaine d'une otite moyenne suppurée grippale, au cours de laquelle on n'avait noté ni fièvre, ni sensibilité mastoïdienne, quand la septicémie éclata sous forme de frissons suivis d'hyperthermie.

Malgré l'absence de sensibilité mastoïdienne, Luc soupçonnait depuis quelque temps déjà la participation de l'antre à la suppuration, en raison du caractère profus et persistant de celle-ci. La mastoïde fut donc ouverte dès le lendemain de l'apparition de la septicémie et trouvée remplie de pus. La largeur de l'aditus en permettait le facile écoulement. Dure-mère de l'étage moyen et sinus latéral furent dénudés mais trouvés sains.

Cette intervention n'enraya pas les accidents, qui en trois jours

aboutirent à la mort, malgré deux injections intraveineuses de colargol.

A part un Kernig très net, il n'y eut pas ici de signes de méningite. Toute la symptomatologie se borna à l'hyperthermie et à des battements tumultueux du cœur et du poulx présentant le *type embryonnaire*. Le malade ne perdit connaissance que quelques heures avant la mort et présenta comme le précédent de la réfrigération progressive des extrémités.

Luc tire de ces faits la conclusion pratique que, lorsqu'une suppuration aiguë de l'oreille se prolonge, sans tendance à la diminution, au delà de la quatrième semaine, on doit proposer l'antrotomie au malade, en l'avertissant des dangers auxquels l'expose tout retard apporté à l'intervention et en lui en laissant la responsabilité.

CASTEX. — Les deux malades de Luc me rappellent exactement deux de mes malades pour lesquels j'ai eu, comme lui, à déplorer une issue mortelle. Même tableau clinique, mêmes hésitations pour le diagnostic de complications latentes. J'appuierai donc ses conclusions en faveur des interventions promptes et je formulerai comme suit ma ligne de conduite pour l'ouverture de la caisse et de l'antre : dans le doute ne pas s'abstenir.

E. LOMBARD. — J'ai observé deux faits intéressants de septicémie auriculaire.

Le premier concerne une jeune fille de 15 ans atteinte d'otite moyenne aiguë droite paracentésée deux fois par un confrère : la première fois au début de l'otite, la deuxième dans la crainte d'une rétention, alors que la température était déjà fort élevée. Je vis la malade après cette deuxième paracentèse. Elle avait eu des frissons la veille, me dit-on, et présentait une température de 40° le soir et 37° le matin. L'oreille suppurait à peine. Je fis une antrotomie classique : je ne trouvai rien ni dans l'antre ni dans les cellules. Après la trépanation, la courbe thermique ne fut pas modifiée. Je n'ouvris pas le sinus et ne fis aucune opération veineuse. M. Netter, qui vit la malade à ce moment, et moi-même décidâmes d'appliquer la médication par le collargol. L'administration du médicament par la voie stomacale et les frictions ne donnant pas de résultat appréciable, une injection intraveineuse fut pratiquée avant d'entreprendre une opération sur le sinus, qui paraissait devenir nécessaire. Après la réaction franche bien connue, la fièvre tomba définitivement, et la malade guérit sans recourir à une deuxième opération.

Autre fait : il concerne un enfant de 12 ans qui, dans la convalescence d'une grippe, commence une otite moyenne gauche ; celle-

ci s'annonce par une douleur intense et une élévation de la température à 40°. La douleur cède pendant la nuit. Les jours suivants, malgré une indolence presque complète, la température oscille entre 40°, 40°-6 le soir, et 37°, 36°-8 le matin. Je suis appelé au quatrième jour, le segment postérieur de la membrane est bombant et rouge : intégrité complète du segment antérieur. Pas d'œdème, pas de douleur à l'exploration de l'apophyse. Je fais une paracentèse large et, d'accord avec le confrère qui traitait le malade, nous instituâmes le traitement par les injections intramusculaires d'électrargol. Quarante-huit heures après la paracentèse et vingt-quatre heures après la première injection, la température était normale.

Dans les deux cas, l'état général était franchement mauvais et justifiait les plus vives inquiétudes.

Ces formes cliniques rentrent à n'en pas douter dans ce groupe de faits de pyémie sans thrombose décrits depuis longtemps par Körner. On a invoqué pour les expliquer la phlébite des veinules introsseuses. Est-ce bien nécessaire? Je crois qu'il s'agit simplement d'une forme particulière d'otites, l'*otite septicémique*. C'est une des formes de l'infection auriculaire. Il y a des otites septicémiques à réaction locale très réduite au début du moins, comme il y a des otites à réaction locale franchement inflammatoire, telle l'*otite phlegmoneuse*, l'*otite hémorragique*.

Il conviendrait donc de distinguer :

Des otites septicémiques ;

Des pyémies auriculaires dans lesquelles l'infection sanguine est consécutive à celle du système veineux péripétreux.

En ce qui concerne plus particulièrement les indications de l'opération mastoïdienne dans les otites qui suppurent depuis plus de quatre semaines, je suis de l'avis de M. Luc : il faut se mettre à l'abri d'une complication éventuelle en ouvrant l'apophyse. Certes, il y a des otites qui guérissent après quatre, six et même huit semaines. Mais l'ouverture de l'apophyse correctement exécutée n'est pas une opération grave : il vaut mieux pêcher par excès de prudence et opérer trop tôt que trop tard après l'apparition d'une complication.

LERMOYEZ. — Le mot septicémie a une signification extrêmement vague, qui peut prêter à des malentendus. Dans toute otite aiguë, lorsqu'il y a de la fièvre, celle-ci traduit une résorption de toxine et constitue de la septicémie à un degré variable. Toutefois, en clinique, on est convenu de ne considérer comme septicémie qu'une fièvre à grandes oscillations thermiques affectant la

courbe en aiguilles de la pyohémie chirurgicale. Or, ce serait une erreur de croire que la grande septicémie otogène est toujours fonction d'une thrombo-phlébite du sinus latéral, soit totale, soit pariétale. Cette septicémie peut se produire toutes les fois qu'il y a rétention de germes très virulents dans les différents points de l'oreille moyenne. Je l'ai vue plusieurs fois disparaître après une simple paracentèse du tympan. Je l'ai vue cesser après une trépanation mastoïdienne. Je l'ai vue se terminer après l'évacuation d'un abcès extradural sans participation du sinus. Il importe donc même, en présence de la septicémie la plus caractérisée, de procéder du simple au composé et d'ouvrir successivement la caisse, la mastoïde, le crâne, avant d'en arriver à l'incision du sinus latéral, qui, en cas d'intégrité de ce dernier, est toujours une intervention aléatoire.

Il serait intéressant si l'on pouvait tracer différents schémas cliniques suivant le lieu d'origine de ces septicémies otogènes. Le symptôme qui à cet égard me paraît le plus important à considérer est le grand frisson solennel. Je ne l'ai presque jamais vu manquer dans le cas de thrombo-phlébite sinusale; au contraire, dans les septicémies otogènes non sinusales, même lorsque la courbe thermique montrait d'énormes oscillations, je ne l'ai pour ma part jamais observé. Je n'ai vu en pareil cas que des frissonnements répétés mais légers.

Pour ce qui est de l'indication chronologique de la trépanation de l'apophyse, je suis d'accord avec Körner et avec Luc pour admettre que tout écoulement purulent de l'oreille moyenne qui persiste plus d'un mois sans s'atténuer impose l'ouverture de l'apophyse, même en l'absence de tout autre symptôme. J'ai d'ailleurs montré dans une statistique antérieure que, lorsque les otites aiguës sont convenablement traitées par des pansements aseptiques secs et occlusifs, elles évoluent en général suivant deux types cycliques : un type court qui dure de dix à quinze jours; un type long, d'une durée moyenne de quatre semaines. De cette statistique on peut conclure qu'un écoulement aigu de l'oreille moyenne, qui après un traitement logique persiste plus d'un mois, est certainement entretenu par une ostéite mastoïdienne qu'il importe de trépaner dans le double but de garantir l'ouïe et la vie du malade contre une surdité probable ou une mort possible.

LUC. — Mon expérience ne concorde pas avec celle de M. Lermoyez, quant à la valeur pronostique de la présence ou de l'absence des grands frissons dans le cours des accidents pyémiques ou septicémiques d'origine auriculaire.

En effet, j'ai constaté ce symptôme avec la plus grande intensité dans les deux cas de pyémie sans thrombo-sinusite que j'ai publiés dans mon *Recueil de leçons* (p. 412 et 414). Les deux jeunes malades en question guérissent sans avoir subi d'intervention sur la mastoïde ni sur le sinus latéral, et ils ne furent pas soumis non plus au traitement par le colargol ou l'électrargol, pour la bonne raison que ces médicaments n'étaient pas encore connus alors. Si la médication en question avait pu leur être appliquée, nul doute qu'on ne lui eût rapporté l'honneur de la guérison. En somme la différenciation clinique entre les formes bénignes et malignes des accidents septicémiques et pyémiques, d'origine auriculaire, représente encore actuellement, à l'heure qu'il est, un des problèmes les plus embarrassants qui puissent se poser à nous.

VIOLLET. — **Singuliers défauts de prononciation chez un enfant porteur de végétations adénoïdes guéris par l'intervention.**

L'auteur rapporte le cas d'un enfant de 4 ans et 2 mois, de développement incomplet. Cet enfant n'aurait commencé à parler qu'à 2 ans et demi; à 3 ans, on ne saisissait rien de sa conversation; actuellement encore, il déforme la prononciation de quantité de mots: il dit *paiss, quiss, fïss, famiss, Guissot* pour *paille, quille, fille, famille, Guillot* (nom); *solese, semess, abessite amesset* pour *soleil, sommeil, abbaye, tramway; pule, mule, fute, lulu* pour *poule moule, foule, loulou; pon* pour *bon; monte* pour *monde; mia* pour *moi*; etc.

L'examen des oreilles permet de constater des tympanes déprimés, sans reflets lumineux, l'audition diminuée des deux côtés mais plus à gauche; celui du nez permet de constater une forte masse de végétations adénoïdes (4 grammes). Huit jours après l'opération, les tympanes avaient repris leur position normale et leurs reflets lumineux; cinquante jours après l'intervention, l'enfant prononçait déjà exactement les mots énumérés plus haut.

L'auteur est d'avis que l'obstruction du pharynx explique classiquement la phonation nasale: l'enfant en question disait *demeun* pour *demain, peun* pour *pain, pon* pour *bon*, etc., c'est là du nasonnement; au contraire les particularités du langage citées plus haut consistent en une sorte de systématisation des mots prononcés, sans complexes tels que *eil, aye way*; à ces sons l'enfant substitue le son *ss*: il en sera de même pour le son des *ll* mouillées, il dira *ss*; et pour *ou* il dira *u*. Ce n'est plus ici l'obstruction nasale qui est en cause, c'est avant tout l'audition défectueuse, le défaut

d'aération des caisses par l'obstruction tubaire. Du fait de l'opération, les trompes et le pharynx se trouvent dégagés; le nasonnement et les défauts de langage résultant de cette audition défectueuse se trouvent supprimés.

A cette observation l'auteur en ajoute une autre, il s'agit d'un enfant de 3 ans et demi supposé sourd-muet, présentant du catarrhe tubaire bilatéral, en même temps que de grosses végétations adénoïdes et un éperon de la cloison nasale.

L'audition de la voix haute se fait à courte distance; l'enfant arrive à répéter à peu près ce qu'on lui dit; ne faudrait-il pas en pareil cas opérer, ne serait-ce que pour tenter la chance de dégager un peu ses oreilles et à coup sûr son nez et son pharynx et faciliter par cela même l'apprentissage du langage et assurer le développement général et la croissance de l'enfant?

CASTEX. — Les sourds-muets n'ont pas des adénoïdes plus souvent que les autres enfants, et comme leur surdité est généralement de siège labyrinthique ou cérébral, le curettage du cavum n'y remédie que rarement. Néanmoins l'opération peut leur être très utile pour l'amélioration de leur état général.

GROSSARD répond à M. Viollet qu'il opère les sourds-muets atteints de végétations adénoïdes et de gêne respiratoire nasale, autant pour améliorer l'état général de l'enfant qu'améliorer les vestiges d'audition qui existent parfois chez les sourds-muets.

A. CASTEX. — **Infections distantes chez les ozéneux.** — L'auteur communique quelques faits d'infections à distance dans l'ozène.

C'est le cas d'une femme de 40 ans qui présentait des adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes à gauche. Elles disparurent lentement à mesure que l'état des fosses nasales s'améliorait.

Un jeune homme avait des troubles digestifs : anorexies, diarrhées fréquentes, etc., qui disparurent quand son ozène fut amélioré par les injections de paraffine.

Maintes fois les ozéneux ont des troubles cérébraux : céphalalgies, torpeur cérébrale, bizarreries de caractère. Castex mentionne un suicide chez une de ses malades.

Au total on peut enregistrer, jusqu'à présent, les complications digestives, respiratoires, ganglionnaires, oculaires et cérébrales.

G.-A. WEIL rappelle une observation recueillie dans le service du Dr Babinski et rapportée dans la thèse de Lumineau. Femme atteinte de vertige auriculaire et d'obnubilation mentale, atteinte aussi de rhinite atrophique. La ponction lombaire guérit le vertige, fit disparaître les troubles mentaux et améliora la rhi-

nite. Il se produit notamment un écoulement nasal séreux assez abondant après la rachicentèse.

KÖENIG. — Il y a encore les complications de tuberculose pulmonaire très fréquentes selon les auteurs.

MUNCH présente un **broncho-œsophagoscope à éclairage terminal latéral** mobile, isolé. Cet instrument comporte un petit tube encasté dans la paroi du tube principal et destiné au passage d'une tige porte-lampe. Le volume du petit tube se répartissant des deux côtés de la paroi du tube principal, le calibre de l'instrument n'est pas sensiblement augmenté. La lampe « épi de blé » se trouve placée à l'extrémité profonde de l'endoscope. Elle éclaire le champ opératoire à travers une fenêtre percée dans la paroi interne du petit tube. Grâce à ce dispositif, on peut opérer en toute sécurité sans avoir à redouter les accidents pouvant survenir du fait des pinces et des stylets que l'on introduit dans l'endoscope, et la technique broncho-œsophagoscopique est beaucoup plus facile qu'avec un éclairage frontal. En outre, chacun peut — sans entraînement spécial — examiner la lésion, une fois que celle-ci est mise au point dans le champ de l'instrument.

PIERRE CAUZARD. — **Les indications de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie dans les paralysies laryngées** sont assez fréquentes. Elles se rencontrent quand la cause de ces paralysies est inconnue. L'endoscopie de l'œsophage et de la trachée permet de voir soit une altération des parois œsophagiennes (cancer), soit une compression de la trachée, des bronches et de l'œsophage. Elle peut faire poser le diagnostic de tumeur médiastinale ganglionnaire ou autre, si cette tumeur n'est pas pulsatile.

Si l'on voit dans l'endoscope une compression de la paroi tubulaire de l'œsophage ou de la trachée, animée de battements, il faut chercher à reconnaître en outre comme un soulèvement expansif de la tumeur, afin de pouvoir affirmer l'anévrysme aortique. En général, la compression œsophagienne d'origine aortique est rencontrée dans un espace compris entre le dix-neuvième et le vingt-cinquième centimètre compté à partir de l'arcade dentaire supérieure.

L'intérêt de la méthode endoscopique est dans la possibilité de confirmer par elle un diagnostic supposé ou même méconnu.

A notre avis, dans la mesure du possible, il ne doit être procédé à l'œsophagoscopie, plus dangereuse que la trachéoscopie, qu'après radioscopie, la radioscopie pouvant dans certains cas rendre inutile l'œsophagoscopie, ou contre-indiquer cet examen. G. VEILLARD.

BIBLIOGRAPHIE

F. GIRESSÉ. — Contribution à l'étude de la diphtérie primitive de l'amygdale pharyngée (Thèse de Bordeaux, 1907).

Dans ce travail, l'auteur étudie une forme primitive de la diphtérie, fréquente, mais rarement signalée, parce que méconnue et constituant souvent le point de départ inaperçu d'autres localisations diphtériques. Cela tient à ce qu'elle se comporte la plupart du temps, du moins à son début, comme une affection obscure. L'état général ne fait pas encore penser à la diphtérie, et l'état local, difficile à contrôler, n'est pas caractéristique.

L'adénoïdite diphtérique primitive se manifestant surtout chez les sujets porteurs de végétations adénoïdes, présente à la fois des symptômes d'adénoïdite (*obstruction nasale, enchifrènement, nasonnement, otalgie* avec ou sans otite, *catarrhe naso-pharyngien*), et des symptômes d'intoxication diphtérique (*fièvre, tuméfaction ganglionnaire du cou, albuminurie, épistaxis, vomissements*). L'examen bactériologique décèle la présence de bacilles de Lœffler virulents.

C'est sur cette association de symptômes que repose le diagnostic, dont la précocité est d'autant plus importante que les formes les plus bénignes, les plus insidieuses, peuvent se compliquer de propagation, de phénomènes de toxémie mortels, et qu'elles constituent une source de contagion d'autant plus redoutable qu'elles sont méconnues.

Le pronostic est en général très grave, parce que :

- 1° L'affection est le plus souvent diagnostiquée très tard ;
- 2° L'amygdale pharyngée réalise pour le bacille de Lœffler un excellent milieu de culture.

Le traitement consiste avant tout dans l'injection de sérum anti-diphtérique. On aura recours à une sérothérapie intensive, précoce, prolongée, et à doses élevées.

La gravité que revêt la diphtérie dans les cas où il existe des végétations est un argument de plus en faveur de leur ablation. Aussi, pour éviter toute inoculation par traumatisme opératoire,

cette ablation ne devra-t-elle être pratiquée qu'après qu'on s'est assuré par l'examen bactériologique du mucus pharyngien qu'il ne contient pas de bacilles de Lœffler. Pour la même raison, l'antiseptie la plus minutieuse est de rigueur avant, pendant et après l'adénotomie.

M. PHILIP.

A. DELAUNAY. — Contribution à l'étude des abcès cérébraux à forme hémiplegique (Thèse de Bordeaux, 1907).

Excellente étude clinique, intéressante pour le spécialiste, à qui elle expose avec un grand luxe de détails et d'observations la pathologie d'une forme fréquente des abcès cérébraux.

Les abcès du cerveau à type hémiplegique sont dus à toutes les causes possibles de suppuration, soit proches (otites, sinusites, plaies du cuir chevelu, etc.), soit éloignées (pyohémie, bronchectasie, pneumonie, abcès, etc.). L'anatomie pathologique, la pathogénie, ne diffèrent pas de celles des abcès du cerveau en général.

L'hémiplegie est toujours organique ; elle peut être transitoire ou durable, mais cette dernière seule est intéressante ; elle peut revêtir les formes corticale, capsulaire, pédonculaire. Les troubles sensitifs existent presque toujours et sont souvent marqués dans les différents modes de la sensibilité : sensibilité cutanée, organes des sens, sens musculaire, sens stéréognostique.

Les abcès cérébraux ont un syndrome propre constitué par la *céphalée*, la *fièvre*, la *torpeur cérébrale*, les *vomissements*, le *ralentissement du pouls* et les *troubles oculaires*, ce qui leur donne une véritable personnalité. Ce syndrome existe rarement au complet, mais il est souvent suffisamment net pour aider au diagnostic. Mais souvent l'existence d'un abcès cérébral n'est que probable ; c'est alors que la ponction lombaire et l'examen du sang peuvent apporter leur précieux concours.

L'hémiplegie se rencontre dans les abcès de tous les lobes cérébraux sans exception. Pour qu'elle ait une valeur localisatrice, il faut examiner successivement :

- 1° Sa forme ;
- 2° La date de son apparition ;
- 3° Son mode de progression ;
- 4° Les phénomènes qui l'accompagnent.

L'évolution des abcès comprend deux périodes très distinctes : d'abord une période latente, sans signes, du moins apparents ; puis une période terminale, pendant laquelle se montrent les symptômes mentionnés, et qui évolue toujours rapidement à moins de très

rares exceptions. Cette évolution est toujours fatale, et l'abcès du cerveau abandonné à lui-même est mortel.

Le chirurgien doit donc toujours intervenir, les contre-indications n'étant que théoriques.

M. PHILIP.

PIETHI. — Valeur clinique de l'épreuve de Rinne d'après les résultats fournis par le diapason (Thèse de Bordeaux, 1907).

Après avoir cité dans un court aperçu historique les trois dates de 1509, apparition du diapason comme moyen de diagnostic dans les affections de l'oreille; 1835, description par Rinne de l'expérience qui porte son nom; et 1880, exploitation de cette expérience par Lucae qui en montre toute la valeur séméiotique, l'auteur nous donne une description minutieuse de l'épreuve de Rinne et de sa technique.

Les épreuves acoumétriques, pour avoir de la valeur, devant être simples, faciles et rapides, et le diapason donnant les résultats les plus précis et toujours comparables, il faut se servir d'un diapason grave qui rend l'expérience plus rapide et plus nette. L'auteur utilise le diapason *la*¹.

L'épreuve de Rinne consiste dans la mesure de l'acuité auditive par voie aérienne et par voie cranienne à l'aide du diapason. Bien prise, cette épreuve a une réelle valeur pour le diagnostic des maladies de l'appareil de réception ou de transmission de l'oreille; elle indique même à quel moment l'organe commence à être atteint. Mais, pour être précis, il faut se servir toujours du même diapason, mentionner la note qu'il donne et aussi évaluer de combien de secondes le Rinne est positif ou négatif.

Cependant, certaines raisons, d'ordre pathologique, peuvent en créant au mécanisme auriculaire des conditions anormales, fausser les résultats de l'examen fonctionnel; aussi, pour poser un diagnostic précis, devra-t-on joindre à l'épreuve de Rinne les renseignements fournis par les perceptions craniennes et aériennes à la montre, l'épreuve de Weber, le sifflet de Galton. Ces renseignements sont réunis en une formule acoumétrique. Se basant sur l'opinion de Bonnier, l'auteur explique pourquoi la voix haute ou chuchotée, mal graduée, difficile à discerner et à analyser, ne figure pas dans cette formule.

Mais il y a des cas, même assez fréquents, dans lesquels des malades porteurs de lésions de l'oreille moyenne ont des Rinne positifs, tandis que d'autres, présentant des symptômes labyrinthiques (du moins en apparence), ont des Rinne franchement

négatifs. Ces prétendues erreurs, attribuées par Gellé à la grande supériorité auditive de l'oreille pour les sons élevés, et par Bonnier et Escat à des causes physiques tenant à la fois de la technique et du diapason, trouvent une explication dans la méthode de Rinne elle-même.

Le Rinne paradoxal est fréquent ; on le rencontre chez les malades porteurs à la fois de lésions de l'oreille moyenne et de lésions labyrinthiques.

Et, après une série d'observations personnelles, suivies chacune de réflexions, l'auteur nous démontre et conclut que l'épreuve de Rinne est une épreuve utile au diagnostic, mais encore au traitement, car elle permet de suivre les modifications apportées à une oreille malade par une thérapeutique appropriée. M. PHILIP.

P. PARAGE. — Contribution à l'étude de la sinusite maxillaire caséuse (Thèse de Bordeaux, 1907).

Longtemps confondue avec l'empyème chronique du sinus maxillaire, peut-être à cause de sa rareté, la sinusite maxillaire caséuse est due à deux causes déterminantes :

1° L'infection du sinus maxillaire par un agent spécifique non encore déterminé ;

2° L'obstacle à l'évacuation de son contenu purulent.

Cette affection revêt deux formes cliniques :

1° Une forme légère, ressemblant à un coryza chronique, présente des symptômes fonctionnels peu marqués : c'est la forme à caséification franche de Texier caractérisée par le *mouchage du pus*, la *cacosmie subjective*, la *gêne respiratoire*, la *douleur légère*, l'*œdème non douloureux* ;

2° Une forme bourgeonnante, à allures graves, dont les symptômes fonctionnels sont à peu près les mêmes que dans la forme légère, mais plus accentués : *mouchage de pus*, *cacosmie*, *douleurs*, survenant par crises névralgiques, *gêne respiratoire*.

Les symptômes objectifs sont trompeurs, et le gonflement de la joue et du maxillaire supérieur, les accidents de voisinage peuvent faire croire à une tumeur maligne de la région.

Le seul diagnostic positif sera donné par la ponction exploratrice, qui ramène au lavage le caséum gris, fétide, ayant l'aspect du mortier. Le diagnostic différentiel permettra d'éliminer : la sinusite maxillaire aiguë, l'empyème par rétention du sinus, les corps étrangers des fosses nasales, la syphilis tertiaire du sinus et des fosses nasales, les tumeurs malignes du sinus.

Le pronostic est bénin, même dans la forme à allures graves.

Le traitement de choix qui suffit à guérir les malades en quelques séances est la ponction diaméatique inférieure suivie d'un lavage aseptique. Mais, dans certaines formes bourgeonnantes particulièrement graves, ou quand le sinus maxillaire est cloisonné, on devra recourir à la trépanation de la fosse canine et au curettage de l'antre d'Highmore, avec drainage nasal.

M. PHILIP.

ANALYSES

LARYNX

Luxation laryngo-trachéale. Résection du premier anneau de la trachée. Guérison, par RANJARD (de Tours) (*Bulletin laryng.*, juillet 1907).

Cette observation tire son principal intérêt de son extrême rareté; on peut seulement rapprocher un cas d'invagination de la trachée provoquée par les efforts pour se relever chez un homme qui s'était pendu par les pieds.

La luxation, qui succéda à un traumatisme de la nuque, s'accompagnait, trois semaines après, de douleurs spontanées et provoquées avec symptômes généraux: température, 39°; pouls 110, état nauséux constant, somnolence coupée parfois de délire, dyspnée, cyanose du visage, sans aphonie.

Au palper, on constatait, à 1 centimètre environ au-dessous de la pomme d'Adam, un bourrelet à cheval sur l'angle saillant du thyroïde; au-dessus de la saillie, une encoche en coup de hache permettait au doigt de sentir cet angle thyroïdien s'enfonçant sous le bourrelet qui, au-dessus, se continuait avec la trachée.

Les tentatives de réduction étant vaines, on décida une intervention, qui permit de constater que le premier anneau trachéal, dilaté et luxé en avant et en haut, était passé en avant de la face antérieure du cricoïde, empiétant sur le bord inférieur du thyroïde.

La réduction n'étant pas possible, on fit la résection de l'anneau trachéal.

M. GRIVOT.

Conséquences tardives de la trachéotomie, par G. MARTUSULLI et P. CIOCIOLA (*Bollet. delle mal. dell' orecchio*, etc., mai 1907, n° 5, p. 93, 108).

Les auteurs ont trachéotomisé un certain nombre de chiens et les ont sacrifiés à des époques variables après l'opération; les derniers furent tués trois mois et plus après la trachéotomie.

Ils concluent de ces expériences que, chez le chien comme chez

l'homme, la trachéotomie n'est pas toujours exempte de dangers immédiats ou tardifs. Dans la première période, les animaux succombent surtout à la pneumonie, qui est presque toujours une pneumonie par aspiration. Une des plus terribles complications est la production sur la muqueuse de granulations au niveau de l'extrémité inférieure de la canule; ces granulations prennent parfois l'aspect et la structure de véritables polypes. Elles expliquent la production de phénomènes asphyxiques par occlusion trachéale, sans que l'examen direct, à travers les lèvres de la plaie, fasse noter l'existence d'excroissances polypeuses.

Consécutivement à la trachéotomie peuvent survenir des accès dyspnéiques par spasmophilie, des hémorragies par ulcération des troncs artériels ou veineux, de la médiastinite et d'autres complications beaucoup plus rares. Les auteurs n'ont pu reproduire l'aphonie ni la paralysie des cryco-aryténoïdiens postérieurs signalés dans la littérature.

M. BOULAY.

La laryngectomie totale en deux temps, par le Dr JUAN CISNEROS, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine (*Bol. de laryng., otol., rinol.*, Madrid, déc. 1907).

La complication la plus fréquente, et à laquelle succombent le plus grand nombre des opérés dans toutes les exérèses partielles ou totales du larynx, est indubitablement l'infection broncho-pulmonaire post-opératoire. Tout moyen propre à éviter cette complication réduira considérablement la mortalité dans ces interventions. C'est dans ce but qu'on a successivement proposé des modifications dans la technique opératoire, telles que l'isolement de la plaie opératoire du reste de l'appareil respiratoire, par suture de la trachée à la peau, l'emploi de canules-tampons, la position déclive de la tête pendant l'opération, afin d'éviter la pénétration du sang dans la trachée cause, presque sûre d'une poussée broncho-pneumonique, la désinfection de la cavité buccale avant et après l'intervention, etc., tous moyens qui ont eu pour résultat d'abaisser la proportion énorme des insuccès, au point qu'on peut actuellement considérer les opérations par voie externe comme parfaitement réalisables avec chance de réussite dans tous les cas de néoplasmes limités au larynx.

Entre ces divers moyens préventifs de la bronchopneumonie, il y en a un diversement jugé par les chirurgiens, et qui, d'après l'expérience de l'auteur, joue un rôle important dans la pathogénie

de cette complication : c'est le choix du temps dans lequel on doit pratiquer la trachéotomie.

Dans les premières laryngectomies totales, comme dans les thyrotomies et résections plus ou moins larges du larynx, Cisneros avait la coutume de pratiquer la trachéotomie dans un premier temps, et dans la suite, quand le poumon s'était habitué à la pénétration de l'air et que la trachéite consécutive avait disparu, il extirpait le néoplasme du larynx. Mais le désir d'éviter au malade une double intervention le conduisit à pratiquer la laryngectomie en un seul temps, sauf, bien entendu, dans les cas où la trachéotomie avait été due, par indication vitale, être effectuée d'urgence, et à plusieurs reprises il eut recours au procédé de Périer.

Il put rapidement se convaincre que les complications broncho-pulmonaires étaient particulièrement fréquentes dans ces cas, c'est-à-dire ceux dans lesquels trachéotomie et laryngectomie avaient été effectuées dans le même acte opératoire et que le procédé de Périer, malgré ses avantages indéniables, ne mettait pas à l'abri de cette fatale éventualité, et, depuis octobre 1906, il a abandonné le procédé de Périer pour recourir à la laryngectomie en deux temps, avec suture de la trachée à la peau, suivant le procédé de Glück et Le Bec dans le premier temps.

D'octobre 1906 à décembre 1907, Cisneros a pratiqué *sept laryngectomies totales en deux temps*. Dans six, il a suturé la trachée à la peau dans le premier temps; dans le septième, l'opération fut réalisée en un seul temps à cause de l'extension du néoplasme et de la nécessité d'une exérèse complète et hâtive de l'organe.

Sur ces sept laryngectomies, une seule fut suivie de mort au quinzième jour; il s'agissait d'un sujet alcoolique athéromateux, et qui mourut subitement sans fièvre ni toux; à l'autopsie, on trouva des embolies pulmonaires. Dans un second cas, il y eut récurrence ganglionnaire, et, malgré l'extirpation d'un chapelet ganglionnaire, le malade mourut cachectique deux mois après l'opération. La dernière opération ne remonte qu'à quelques jours. Bref, Cisneros compte 4 cas de laryngectomie totale, sans récurrence, après plusieurs mois. — Voici la technique suivie par l'auteur dans les laryngectomies totales en deux temps.

Premier temps : Suture de la trachée à la peau. — Anesthésie locale à la cocaïne (injections sous-cutanées à 4 p. 100). Le malade est placé dans la position ordinaire de la trachéotomie, position horizontale; un rouleau cylindrique en métal et recouvert d'une gaze aseptique est placé sous les épaules et maintient le

cou tendu et fait saillir larynx et trachée ; incision verticale ; dissection par couche de tous les tissus mous, y compris l'isthme thyroïdien, s'il n'est pas possible de le rejeter en haut ou en bas ; dénudation des premiers anneaux en avant et sur les côtés ; faire une hémostase soigneuse et inciser horizontalement en ouvrant une petite boutonnière entre le cricoïde et le premier anneau trachéal. On passe alors un cordonnet en soie forte ; l'aiguille pénètre entre les deux premiers anneaux et sort par la boutonnière ; le premier anneau de la trachée est ainsi solidement ancré sur la ligne médiane. Prolonger l'incision horizontale en suivant le bord inférieure du cricoïde et passer deux nouveaux cordonnets, à la façon du premier, sur les bord de la trachée.

Avec ces trois cordonnets, qu'on confie à un aide, on maintient en place la trachée, qui ne risque plus ni de plonger ni de se déformer, comme cela arrive lorsqu'on n'emploie que deux cordonnets qu'on fixe à chaque extrémité du diamètre transversal. Au moyen de ces cordonnets on attirera avec précaution la trachée en avant, et on maintiendra la paroi postérieure tendue. Saisir avec un crochet mousse le bord inférieur du cricoïde et inciser au bistouri la paroi postérieure de la trachée, en ayant bien soin de ne faire aucune échappée, qui entraînerait la blessure de la paroi de l'œsophage. Au moyen des cordonnets, accentuer la traction de la trachée, et séparer à petits coups de ciseaux courbes la paroi trachéale postérieure de la paroi œsophagienne antérieure, et rapprocher au fur et à mesure le bord supérieur de la trachée à la peau, de façon à ce que la section de la trachée décrive une courbe et arrive à la peau, en permettant de dénuder la paroi postérieure sur la plus petite surface possible. Après dénudation, placer un point de suture à la soie, qui ancre le premier ou les deux premiers anneaux de la trachée, et qu'on fixe à l'angle inférieur de la plaie cutanée. Deux autres points de suture latéraux fixent cette partie de la trachée aux bords latéraux de l'incision cutanée. La trachée est assujettie ; on enlève les cordonnets et on achève de suturer tout le bord de la trachée par des points intermédiaires à ceux qu'on vient de faire. Il faut accoler, le plus parfaitement possible, le bord de la peau à la muqueuse de la trachée. Afin de permettre le drainage du cul-de-sac formé par le bord inférieur du larynx et la paroi postérieure de la trachée, on laisse sans suture un petit espace entre le larynx et la trachée, par lequel on introduit une mèche de gaze iodoformée.

La mise en place d'une canule trachéale complète ce premier temps, qui, au dire de Cisneros (et contrairement à l'opinion de

Moures, qui prétendait le contraire, dans une récente communication à la Société française de laryngologie), est d'une exécution simple et facile.

On change le pansement et le drain au moins une fois par jour.

Ordinairement le premier anneau de la trachée et une partie de la paroi postérieure se sphacèlent. Il faut enlever soigneusement ce premier anneau à mesure qu'il s'élimine. En général, l'adhérence de la trachée est chose faite. Quant à la nécrose de la paroi postérieure, elle a pour résultat d'établir une communication accidentelle entre les cavités laryngienne et trachéale. On ferme cette communication au moyen d'une mèche de gaze de plus en plus petite, à mesure que la perte de substance se répare, en général très vite. Quand toute communication entre le conduit trachéo-bronchique et le larynx a disparu, on passe au second temps.

Second temps: Extirpation du larynx. — Anesthésie générale au chloroforme, par la canule, après injection de morphine. Le malade est placé sur un plan horizontal, la tête plus basse que le tronc.

Incision verticale sur la ligne médiane depuis le niveau de l'os hyoïde jusqu'à 1 centimètre de la fistule trachéale. Cette incision suffit le plus souvent, mais, chez les malades gros et courts de cou, on peut faire une seconde incision horizontale à l'entrée de l'incision verticale, d'un bord externe du thyroïde au bord externe opposé.

Dénuder les faces latérales du larynx; décoller les muscles au niveau des faces du thyroïde, à la sonde cannelée ou avec les doigts, et sectionner aux ciseaux leurs insertions. Accrocher avec l'index gauche le bord inférieur du cricoïde. Introduire l'extrémité de ce doigt dans le larynx, dont on fait basculer l'extrémité inférieure en avant. Séparer alors la paroi postérieure laryngée de la paroi antérieure œsophagienne au ciseau courbe, jusqu'au plus haut possible et sans perforer la paroi antérieure de l'œsophage. A la hauteur des aryténoïdes, sectionner la paroi de l'œsophage, pénétrer dans le pharynx et achever l'énucléation du larynx après incision de la membrane thyro-hyoïdienne et des parois latérales du pharynx.

Nettoyage de la brèche chirurgicale et hémostase minutieuse.

Tout aussitôt après, suture de l'œsophage. Le bord supérieur de l'œsophage est pris entre plusieurs pinces de Péan, qui vont servir de repère. On fait un point au catgut sur la ligne médiane, et on suture le bord de l'œsophage aux masses musculaires préhyoïdiennes; on noue ce point et, au moyen de deux nouveaux points

placés au-dessus du premier, on suture d'abord la moitié latérale, et l'autre moitié du bord de l'œsophage aux tissus musculaires voisins, en ayant bien soin qu'il ne reste aucune cavité, aucun cul-de-sac qui ne soit suturé. Une dernière suture au catgut des musculaires profonds et une autre à la soie complètent l'opération. A la partie inférieure de la plaie opératoire, on laisse un point pour le drainage, que l'on effectue soit avec une mèche de gaze iodoformée, soit avec un drain en caoutchouc. Pansement légèrement compressif. Transporté sur son lit, le malade garde la position horizontale pendant les vingt-quatre premières heures, au bout desquelles on introduit par le nez, jusqu'à l'œsophage, une sonde urétrale de Nélaton du plus fort calibre, sonde qui reste à demeure et par laquelle on alimente le malade.

Mossé.

Extirpation par les procédés modernes des tumeurs malignes intrinsèques du larynx, par SOLIS COHEN (*Revue hebdomadaire de laryngologie, d'oto- et de rhinologie*, 6 juillet 1907).

L'auteur utilise uniquement la thyrotomie. Il fait d'abord une trachéotomie ordinaire, puis place une canule de Hahn, dont l'éponge se gonflera et empêchera l'entrée du sang. Une nouvelle incision, séparée de la précédente par un intervalle de peau saine, découvre le larynx. Le thyroïde est sectionné sur la ligne médiane avec une pince coupante courbe. Rétraction des ailes du thyroïde par des fils de ligature. Cocaïnisation et adrénalisation de la tumeur. Un tampon placé à la partie inférieure du pharynx préserve la plaie de la salive et du mucus pharyngien.

Excision de la tumeur en masse sur une base de périchondre et de tissu sus-jacent, le plus loin possible des limites de la tumeur. On gratte le périchondre, on touche la surface cruentée avec de la teinture de benzine composée. Si le rapprochement des ailes du thyroïde se fait convenablement, inutile de suturer le cartilage, le périchondre externe et la peau. Une bande longitudinale d'emplâtre perforé est placée de chaque côté de la ligne d'incision à 2^{cm},5; cet emplâtre est là de telle façon qu'il rapproche les bords de la solution de continuité cutanée et permet une inspection facile de la plaie. La canule trachéale est enlevée.

Le pied du lit est surélevé. Le malade boit de l'eau stérilisée et est alimenté par le rectum. Il se lève au bout de trois à quatre jours et est guéri en cinq et six semaines.

A. HAUTANT.

Traitement du cancer du larynx, par SENDZIACK (*Revue hebdomadaire de laryngologie, d'oto- et de rhinologie*, 26 oct. 1907).

De l'examen de 982 interventions pour cancer du larynx, réunies à travers la littérature médicale de 1886, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Ce traitement chirurgical est le plus rationnel : 26 p. 100 de guérisons. Sur 982 cas, 258 sont favorables, parmi lesquels 125 guérisons absolues et 133 relatives. Plus récemment, sur 603 cas, 219 guérisons, soit 32,6 p. 100 ;

2° Le taux des récidives est de 22 p. 100 ; celui des suites mortelles de l'opération est de 13 p. 100 ;

3° Si l'on compare les différents procédés opératoires, on a : laryngo-fissure, 30 p. 100 de guérisons ; voie endolaryngée, 46 p. 100 ; résection partielle, 23 p. 100 ; résection totale, 22 p. 100. La laryngotomie serait donc le meilleur traitement à condition de porter un diagnostic précoce pour pouvoir faire une intervention hâtive ;

4° Sous le rapport des récidives, c'est cependant à la résection totale qu'il faudra donner la préférence (16 p. 100), alors que laryngo-fissure 22 p. 100, résection partielle 30 p. 100, voie endolaryngée 33 p. 100 ;

5° A cause de la rareté opératoire, la laryngo-fissure s'applique à tous les cas, et la preuve en est fournie par la faible quantité de morts qui sont la conséquence de cette intervention : 2,5 p. 100.

A. HAUTANT.

NOUVELLES.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET CONGRÈS.

Le Congrès de la Société italienne d'otologie et de rhino-laryngologie, qui devait se tenir en octobre 1909, est renvoyé à la période de Pâques 1910.

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie
(Session annuelle de la Société française d'oto-rhino-laryngologie).

Lundi 10 mai, à 9 heures.

Communications. — LERMOYER (de Paris), Étude acoumétrique ; BRINDEL (de Bordeaux), Surdité et obstruction nasale ; FURET (de Paris), Sarcome de la fosse nasale : opération de Moure ; CABOCHE (de Paris), Sarcome  thmoïdal : résection de l' thmo ide par la voie paranasale supérieure : propagation intra-crânienne ; MALHERBE (de Paris), Sarcome du sinus maxillaire ; CHAVANNE (de Lyon), Tumeur tuberculeuse des

fosses nasales; MASSIER (de Nice), Tuberculose nasale à évolution normale; MANU (de Paris), Quelques cas de cure radicale de sinusite maxillaire chronique par la voie nasale; VACHER (d'Orléans), Contribution à l'étude de la cure de la sinusite maxillaire par voie endonasale; MOURE (de Bordeaux), Corps étranger de l'œsophage et œsophagoscopie; GUISEZ (de Paris), Faits de broncho-œsophagoscopie: a. corps étrangers, bronchoscopie et œsophagoscopie; b. quatre observations de sténose cicatricielle de l'œsophage consécutives à l'ulcère simple de l'œsophage; c. traitement des polypes du larynx par la laryngoscopie directe; SARGNON (de Lyon), Contribution à l'œsophagoscopie: œsophagoscopie rétrograde; œsophagoscopie après œsophagostomie cervicale basse dans la cure des sténoses cicatricielles thoraciques infranchissables; GAULT (de Dijon), Œsophagoscopie et électrolyse dans un cas de rétrécissement œsophagien; LAVAL (de Toulouse), Œsophagoscopie et néoplasmes de l'œsophage; GAREL (de Lyon), Présentation de photographies stéréoscopiques autochromes de pièces anatomiques; LAFITE-DUPONT (de Bordeaux), Anatomie chirurgicale de la région latéro-postérieure du carrefour pharyngo-latéro-œsophagien.

Lundi soir 10 mai, à 4 heures.

Communications. — MERMOD (de Lausanne), Quelques inconvénients de la résection sous-muqueuse de la cloison; ROUVILLOIS et SIEUR (de Paris), Traitement des malformations de la cloison par les procédés sous-muqueux; résultats éloignés; LAVRAND (de Lille), Pathogénie et traitement de l'ozène; LANNOIS (de Lyon), Formations nodulaires d'origine glandulaire dans les polypes du nez; PAUL VIOLLET (de Paris), Polypes kystiques du nez donnant lieu à répétition, à des écoulements muqueux nombreux et abondants et paraissant, de par leur structure, avoir leur point de départ dans le sinus maxillaire; RIVIÈRE (de Lyon), La forme aiguë des sinusites; MASSIER (de Nice), Considérations sur quelques cas de rhino-sinusite caséuse; GAUDIER (de Lille), Évolution intracrânienne des polypes fibreux naso-pharyngiens; JACQUES (de Nancy), Ulcère streptococcique du voile; KÖNIG (de Paris), Prothèse immédiate de la symphyse palato-pharyngienne; BAR (de Nice), Sur la gravité des phlegmons péri-amygdaliens; TRÉTRÔP (d'Anvers), Les méfaits des amygdales enchâtonnées chez l'adulte; ABOULKER (d'Alger), Pseudo-affections pulmonaires d'origine bucco-naso-pharyngienne; MALHERBE (de Paris), Calculs du canal de Warthon; MUNCH (de Paris), Sur l'endoscopie; CHARLES (de Grenoble), Traitement des hémorragies post-opératoires par le sérum gélatiné.

Mardi matin 11 mai, à 9 heures.

Les œdèmes du larynx (Rapport).

par MM. BOURGEOIS et EGGER.

Communications. — VAQUIER (de Tunis), Épiglottites aiguës; GUISEZ (de Paris), Un cas de laryngotomie pour sténose cricoïdienne; SARGNON (de Lyon), État actuel de la laryngostomie; GAULT (de Dijon), Sur un cas de laryngectomie totale pour cancer du larynx; GAREL (de Lyon), Un cas de cancer du larynx guéri par voie endolaryngée; LOMBARD (de Paris), Sur le traitement chirurgical des cancers du larynx; GEORGES LAURENS

(de Paris), Traitement du cancer par la fulguration en oto-rhino-laryngologie; CASTEX (de Paris), Tumeurs kératinisantes du larynx; ABOULKER (d'Alger), Deux cas de papillomes du larynx chez l'enfant; traitement par les voies naturelles; guérison; LABOURÉ (d'Amiens), Sur un cas d'immobilisation post-traumatique de la corde vocale droite; BROECKAERT (de Gand), Le récurrent est-il un nerf exclusivement moteur? COLLET (de Lyon), Stridor laryngé congénital; PERRETIÈRE (de Lyon), Le catarrhe des chanteurs; THOORIS (de Paris), Quelques considérations sur la respiration diaphragmatique basées sur des recherches graphiques et radioscopiques.

Mercredi matin 2 mai, à 9 heures.

L'examen fonctionnel du labyrinthe (Rapport).

par MM. MOURE et CAUZARD.

Communications. — HENNEBERT (de Bruxelles), Les épreuves vestibulaires dans la labyrinthite hérédo-syphilitique; LACOURRET (de Toulouse), De l'hypertension labyrinthique dans l'eczéma de l'oreille; TRÉTRÔP (d'Anvers), Quelques cas de labyrinthite; TEXIER (de Nantes), Kyste du cervelet s'étant manifesté dans le cours d'une otite moyenne suppurée avec mastoïdite; MOURET (de Montpellier), De la zone pétreuse intersinuso-auditive; voies de propagation des suppurations de l'oreille moyenne dans la fosse cérébelleuse; LABARRIÈRE (d'Amiens), Volumineux abcès du cervelet; trépanation large au niveau de la mastoïde; mort consécutive; PAUL LAURENS (de Paris), Enseignements tirés de deux cas d'abcès du cervelet; LANNOIS et DURAND (de Lyon), Deux cas d'intervention pour tumeurs du récessus post-cérébelleux (tumeurs de l'acoustique); PAUL LAURENS (de Paris), Sur vingt-cinq cas d'évidement pétro-mastoïdien avec résection de la paroi postérieure du conduit membraneux au début de l'opération; MOSSÉ (de Perpignan): a. Un cas de mastoïdite sans otite; b. Un cas de mastoïde post-typhique; MOLINIÉ (de Marseille), Hémorragie du sinus caverneux; DE MILLY (d'Orléans), Ostéopériostite temporale d'origine otique; phlébite double des membres inférieurs; LAFITE-DUPONT (de Bordeaux), Ostéites isolées du temporal; JACQUES (de Nancy), Cas particulier de paralysie faciale et oculo-motrice au cours de l'otorrhée; MOSSÉ (de Perpignan), L'électrargol dans le traitement de l'otite moyenne suppurée; MIGNON (de Nice), Zona otique.

Jeudi matin 13 mai, à 9 heures.

Communications. — KÖNIG (de Paris), Anesthésie du conduit auditif et de la membrane du tympan au moyen du chlorure d'éthyle; nouveau spéculum permettant l'évaporation instantanée du chlorure d'éthyle; MUNCH (de Paris), Sur l'anesthésie; ROLAND (de Paris), Contribution à l'étude des otites tuberculeuses; BICHATON (de Reims), Cas d'otite moyenne catarrhale chronique traités par la thiosinamine; PIAGET (de Grenoble), Des exercices acoustiques dans la surdité acquise; CHAVANNE (de Lyon), Les anomalies d'orientation et de contour du pavillon et leur correction chirurgicale; AUDUBERT (de Luchon), Traitement de la sinusite maxillaire par le lavage diamétrique d'eau sulfureuse de Luchon; BOUSQUET (d'Aix-les-Thermes), Action des eaux sulfureuses dans la mycose leptothrixique; COME FERRAN (de Lyon), Sur divers appareils à insufflation d'air chaud.

Présentation d'instruments. — MAHU, PAUL LAURENS, PIAGET, Un transformateur portatif minuscule pour courants alternatifs; TAÉTRÔP, Un photophore de poche pour examen à domicile; BUYS, Un nystagmographe; M. DELAIR, professeur à l'École dentaire de Paris, demande à présenter son larynx artificiel et son voile artificiel physiologique.

XVI^e Congrès international de médecine.

Le bureau du XVI^e Congrès international de médecine, qui aura lieu à Budapest du 29 août au 4 septembre prochain, vient de commencer l'envoi de sa deuxième circulaire. C'est une forte brochure qui contient le programme détaillé des travaux scientifiques des vingt et une sections du Congrès, puis — en partie dans la circulaire même, en partie dans une annexe — des informations circonstanciées sur le voyage et le séjour à Budapest, ainsi que les excursions qui auront lieu après l'assemblée dans différentes parties de la Hongrie et des Balkans.

Au sujet des logements, nous croyons bon de faire remarquer ici que, par suite des mesures qui ont été prises, chaque congressiste pourra recevoir sans difficulté un logement répondant à ses moyens et à ses préférences. Relevons aussi que la cotisation est de 25 couronnes, valeur austro-hongroise; les femmes et filles des congressistes ne payent que la demi-cotisation, soit couronnes 12,50. Les mandats-poste doivent être adressés à M. le professeur Dr Jules de Elischer, trésorier du Congrès, VIII, Esterházy-utca, 7, à Budapest, Hongrie.

Quoique la circulaire du Congrès doive être expédiée à plus de 20 000 exemplaires, il est facile de comprendre que tous les confrères ne pourront malheureusement pas la recevoir. C'est pourquoi le bureau du Congrès prie tous les lecteurs de notre Journal de vouloir bien considérer le présent communiqué comme une invitation à assister à l'assemblée et à participer à ses travaux scientifiques. Tous ceux qui voudront bien le demander recevront immédiatement la circulaire du Congrès, et tous renseignements complémentaires leur seront aussi donnés avec le plus grand empressement. Prière d'écrire au bureau XVI^e Congrès international de Médecine, VIII, Esterházy-utca, 7, à Budapest, Hongrie.

NOMINATIONS.

Les Drs VAN EYKEN (de Fribourg-en-Brisgau) et GUTZMANN (de Berlin) ont été nommés professeurs extraordinaires.

La retraite de sir Félix Semon.

Sir FÉLIX SEMON fonda, le 1^{er} juillet 1884, l'*Internationales Centralblatt für Laryngologie*, qui achève aujourd'hui sa vingt-cinquième année. Il n'est pas nécessaire de rappeler les services que cette publication a rendus aux laryngologistes pendant un quart de siècle, analysant environ cinquante mille travaux : les otologistes n'ont pas cru pouvoir mieux faire que de l'imiter.

Sir Félix Semon quitte aujourd'hui la direction du *Centralblatt*, et il a désigné pour son successeur à ce poste difficile G. FINDER (de Berlin).

A cette occasion, le 5 mai dernier, une réunion de laryngologistes eut lieu à la Société royale de médecine de Londres, dans le but d'organiser un « testimonial » pour la retraite de Sir Felix Semon, qui aura lieu à la fin de juin.

Un comité a été formé qui a pour président BUTLIN, et pour trésorier SAINT-CLAIR THOMSON (28, Queen Anne Street, Londres), auquel on est prié d'envoyer le montant de sa souscription avant cette date.

DIVERS.

Le *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* nous donne la statistique des spécialistes oto-rhino-laryngologiques exerçant dans les trente-neuf plus grandes villes d'Allemagne.

	1906.	1908.	Différence.
Oto-ophtalmologistes.....	13	18	+ 5
Otologistes.....	60	53	— 7
Rhino-laryngologistes.....	65	37	— 8
Oto-rhino-laryngologistes.....	427	460	+ 33

En leur ajoutant les spécialistes qui habitent des centres moins peuplés, on arrive, pour l'année 1908, au total suivant, qui englobe l'Allemagne entière :

Oto-ophtalmologistes.....	46
Otologistes.....	75
Rhino-laryngologistes.....	69
Oto-rhino-laryngologistes.....	771

A remarquer que tous les otologistes s'occupent en même temps de rhinologie.

Körner, avec un grand bon sens, commente ainsi cette statistique : « Si, dans ces conditions, quelqu'un plaide encore pour la séparation de l'otologie et de la laryngologie, j'avoue ne plus comprendre. Les livres et les congrès sont faits pour les médecins : les médecins ne sont pas faits pour les livres et les congrès. En particulier, le but de l'association des médecins et des naturalistes allemands est l'union et non pas la scission ; quand on y voit les anatomistes et les physiologistes se grouper en une même section, il me semble qu'otologistes et rhino-laryngologistes sont encore plus aptes à se fusionner ainsi, puisque, pour une écrasante majorité, ils sont à la fois oto-rhino-laryngologistes. A plus forte raison pour les congrès internationaux. Or les séparatistes ne peuvent cependant pas empêcher que la réunion de l'otologie, de la rhinologie et de la laryngologie soit encore plus complète en Amérique, en France, en Belgique, en Italie, en Espagne, en Hollande, en Danemark, en Suède et en Norvège ! »

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

MORITZ SMIDT et EDMOND MEYER, *Die Krankheiten der oberen Luftwege*, 4^e édition. J. Springer, éditeur, Berlin, 1909. Prix : 22 Mk.

J. VON MIKULICZ-RADETSKY et W. KUMMEL, *Die Krankheiten des Mundes*, nouvelle édition mise au point par W. KUMMEL. G. Fischer, éditeur, Léna, 1909. Prix : 10 Mk.

P. OSTMANN, *Lehrbuch der Obrenheilkunde für Aertze und Studierende*.
F. C. W. Vogel, éditeur, Leipzig, 1909. Prix : 18 Mk.

Lorsque le praticien aura inutilement épuisé la liste des ferrugineux et reconstituants, sans guérir ses anémiques, neurasthéniques, consomptifs, débilités, etc., il obtiendra des résultats qui le surprendront en faisant usage du sirop d'hémoglobine Deschiens, qui permet de réaliser une opothérapie hématique intense et rapide, sans imposer la moindre fatigue aux organes digestifs.

Benzocalyptol (Inhalations et gargarismes). — Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches. (Voir aux Annonces.)

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

